



**Universidade de Lisboa**  
**Faculdade de Motricidade Humana**



## **Relatório de Estágio - Centro de Avaliação Médico Psicológica Psicosorrir: A Psicomotricidade nas Perturbações do Neurodesenvolvimento**

Relatório de Estágio elaborado com vista à obtenção do Grau de  
Mestre em Reabilitação Psicomotora

Orientador: Professor Doutor Vitor Manuel Lourenço da Cruz

Júri:

Presidente

Professor Doutor Rui Fernando Roque Martins

Vogais

Professor Doutor Vitor Manuel Lourenço da Cruz

Professora Doutora Ana Cristina Guerreiro Espadinha

**Maria João Luís**

2017

## **Agradecimentos**

Não poderia avançar sem deixar uma palavra a quem, ao meu lado e sem se aperceber, fez com que a realização do presente trabalho fosse possível. Dedico o mesmo a pessoas muito especiais que contribuíram para o que sou a nível pessoal e profissional. Assim, quero agradecer:

Ao Professor Doutor Vítor Cruz pelo exemplo de organização, disponibilidade e profissionalismo na orientação demonstrados ao longo do ano. Será, sempre, uma referência na minha caminhada.

À Doutora Graça Ferreira pela excelente orientação, dedicação e amizade demonstradas, uma vez que se revelaram essenciais para o crescimento e realização de um bom trabalho;

À Doutora Joana Cardoso pela oportunidade, pela calorosa receção e por toda a confiança e apoio demonstrados, não só durante o estágio mas também posteriormente;

Aos meus pais e irmão, pelos valores que me inculcaram, pelo apoio incondicional, pelo afeto. Agradeço todo o esforço, amor e dedicação. Espero, a partir daqui, poder compensar por tudo. Este trabalho não é apenas meu, é nosso.

Ao Nuno por todo o apoio diário, pelas palavras de conforto e motivação. Obrigada por seres o meu alicerce, por acreditares em mim, mesmo quando eu não o fiz. Este trabalho também é para ti!

Aos meus avós que estiveram sempre presentes. Obrigada pela preocupação e apoio ao longo da minha jornada académica.

Aos meus amigos que, sem saberem, desempenharam um papel fundamental nesta etapa da minha vida. Obrigada pelas palavras de incentivo, pela confiança e por todos os momentos de descontração proporcionados. Obrigada, especialmente, pela compreensão do meu estado de humor oscilante ao longo destes meses.

À Sara que, mesmo a 400Km, esteve presente nos momentos cruciais. Obrigada pelas noites no Skype, pelas palavras, pela motivação e, essencialmente, por toda a amizade.

Por último, mas não menos importante, agradeço às crianças com quem trabalhei, assim como às respetivas famílias, não só pelos momentos partilhados mas sobretudo por me permitirem crescer com elas.

## **Resumo:**

O presente relatório surge no âmbito do estágio desenvolvido no Centro de Avaliação Médico Psicológica Psicosorrir (Amarante) e inserido no Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais do Mestrado em Reabilitação Psicomotora. O intuito da elaboração deste relatório prende-se com a descrição e o aprofundamento da prática profissional realizada ao longo do ano letivo 2015/2016.

Neste sentido, é feita uma abordagem teórica às Dificuldades de Aprendizagem Específicas, nomeadamente a dislexia, à Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção, à Psicomotricidade e à Intervenção Psicomotora nas problemáticas mencionadas. Além da revisão de literatura foi realizado o enquadramento institucional, descrita a organização e dinâmica do estágio e, por último, foi feita a caracterização de um estudo de caso (avaliação inicial, discussão dos resultados e intervenção).

Em termo de conclusão destaca-se a evolução profissional como ponto fulcral do trabalho desenvolvido, passando da observação à avaliação e aplicação de instrumentos, ao planeamento das intervenções, à interação com outros profissionais, ao contacto com outras áreas e, por fim, à interação com diversas populações e faixas etárias, bem como os seus familiares.

É ainda de realçar que o autoconhecimento proveniente de uma maior experiência profissional é um fator vital para o desenvolvimento pessoal da estagiária.

**Palavras-chave:** Intervenção Psicomotora, Dificuldades de Aprendizagem Específicas, Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção, Dislexia, Crianças, Cognitive Assessment System, Bateria Psicomotora de Vitor da Fonseca.

## **Abstract:**

This presente report was conducted within the participation in the internship in the medical centre Psicossorrir (Amarante), with the aim of developing the professional competencies within the Psychomotor Therapy Masters degree. The purpose of this report is to describe and deepen the professional practice carried out during the academic year 2015/2016.

Therefore, a theoretical approach to specific learning difficulties was completed, which included dyslexia, attention deficit hyperactivity disorder, psychomotricity, and also the appropriate interventions to the above mentioned. A review of literature and institutional framework was conducted and the organization and dynamics of the internship were described. At last, the characterization of a study case was held (initial assessment, discussion of the results and intervention).

In conclusion, the professional development should be highlighted as the strong point within the accomplishment of this assignment, going through the steps of observation, review and implementation of the tools, planning interventions, interaction with other professionals and other clinical areas, and at last the interaction with a vast population with different ages and also their families.

I should also emphasize the self knowledge and professional experience as the most importante factors for the personal development of the trainee.

**Keywords:** Psychomotor Intervention, Specific Learning Difficulties, Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Dyslexia, Children, Cognitive Assessment System, Vitor da Fonseca Psychomotor Battery.

# Índice Geral

<b>Agradecimentos.....</b>	<b>i</b>
Resumo: .....	ii
Abstract: .....	iii
<b>Índice Geral .....</b>	<b>iv</b>
<b>Índice de Tabelas .....</b>	<b>vi</b>
<b>Índice de Figuras .....</b>	<b>vi</b>
<b>Introdução .....</b>	<b>1</b>
<b>Enquadramento Teórico.....</b>	<b>3</b>
<b>1      Perturbações do neurodesenvolvimento .....</b>	<b>3</b>
<b>1.1    Dificuldades de Aprendizagem Específicas .....</b>	<b>4</b>
1.1.1 Dislexia .....	9
1.2    Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção .....	12
1.3    A comorbilidade entre as DAE e a PHDA.....	17
<b>2      A Psicomotricidade.....</b>	<b>18</b>
2.1    A Intervenção Psicomotora nas DAE e na PHDA.....	20
<b>Enquadramento Institucional.....</b>	<b>26</b>
<b>Realização da Prática Profissional .....</b>	<b>27</b>
<b>3      Organização do estágio .....</b>	<b>27</b>
3.1    Contextos de intervenção.....	28
3.2    Calendarização das atividades/horário de estágio .....	28
3.2.1 Cronograma dos procedimentos de estágio e do relatório de estágio .....	28
3.2.2 Horário .....	29
3.2.3 Calendarização das sessões.....	30
<b>4      Processos de intervenção .....</b>	<b>30</b>

4.1	Instrumentos de Avaliação .....	30
4.1.1	Bateria psicomotora de Vitor da Fonseca.....	30
4.1.2	Sistema de Avaliação Cognitiva .....	31
4.1.3	Prova de Análise e Despiste da Dislexia .....	32
4.2	Intervenção Psicomotora.....	32
4.2.1	Caracterização dos casos observados.....	33
4.2.2	Caracterização do Estudo de Caso.....	38
	<b>Conclusão .....</b>	<b>47</b>
	<b>Referências Bibliográficas .....</b>	<b>50</b>
	<b>Anexos.....</b>	<b>54</b>

## **Índice de Tabelas**

Tabela 1- Critérios de Diagnóstico para a PHDA, de acordo com o DSM-5 (APA, 2013, pp.100-101) .....	13
Tabela 2 - Cronograma das atividades práticas do estágio e da elaboração do relatório de estágio. ....	29
Tabela 3 - Horário de Estágio no Psicossorrir - Amarante 2015/2016 .....	29
Tabela 4 - Cronograma das sessões de Psicomotricidade 2015/2016.....	30
Tabela 5 - Objetivos propostos para intervenção.....	44
Tabela 6 - Exemplos de atividades-tipo para alcançar os objetivos propostos.....	45

## **Índice de Figuras**

Figura 1 - Intervenção em Psicomotricidade (Fonseca, 2001, p.30) .....	23
Figura 2 - Resultados obtidos na Avaliação Cognitiva com recurso ao SAC .....	40
Figura 3 - Resultados obtidos na Avaliação Psicomotora com recurso à BPM .....	41

## **Introdução**

O presente Relatório de Estágio do Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais (RACP) integra-se no Plano Curricular do 2º ano de Mestrado em Reabilitação Psicomotora (RPM), pela Faculdade de Motricidade Humana (FMH) da Universidade de Lisboa, de acordo com o Despacho n.º 13443/2014 de 5 de Novembro de 2014.

Em concordância com o atual regulamento de estágio (RECP, 2015), constata-se que este, de um modo geral, tem como finalidades:

- a) estimular o domínio do conhecimento aprofundado no âmbito da Reabilitação Psicomotora (dirigida às pessoas com situações de Deficiência, Perturbações e Desordens/Distúrbios), nas suas vertentes científicas e metodológicas, promovendo uma competência reflexiva multidisciplinar; b) Desenvolver a capacidade de planeamento, gestão e coordenação de serviços e/ou programas de Reabilitação Psicomotora, nos diferentes contextos e domínios de Intervenção; c) Desenvolver a capacidade para prestar um contributo inovador na conceção e implementação de novos conhecimentos e novas práticas, bem como no desenvolvimento de novas perspetivas profissionais e políticas, visando o desenvolvimento do enquadramento profissional e científico da área.

(RECP, 2015, p.1)

Para o desenvolvimento da unidade curricular, a estagiária optou pelo Centro de Avaliação Médico Psicológica, Psicosorrir, em Amarante. O centro anteriormente mencionado dá particular importância à intervenção psicopedagógica e psicoterapêutica, direcionando-se para as diversas dimensões e contextos da vida promovendo desta forma o bem-estar biopsicossocial. A intervenção tem como principais alvos crianças, adultos e idosos, contudo torna-se imperativo referir que são as crianças as principais visadas da mesma.

O presente relatório é dividido em três partes fundamentais.

Na primeira parte procederemos ao respetivo enquadramento teórico, onde se abordarão as perturbações do neuro desenvolvimento tais como as dificuldades de aprendizagem específicas, perturbação de hiperatividade e défice de atenção, bem como a relação existente entre as perturbações e a intervenção psicomotora.

De seguida, relativamente à segunda parte, realizar-se-á o enquadramento institucional.



Quanto à terceira parte do presente relatório será realizada uma análise do percurso do estágio. Num primeiro momento, visarmos a prática profissional, passando pela descrição dos procedimentos do estágio tais como a organização, o horário, o cronograma para a realização do relatório, os instrumentos de avaliação, a caracterização da população apoiada e, por fim, a apresentação do estudo de caso selecionado. Neste serão mencionados os dados relativos à anamnese, os resultados da avaliação inicial, a análise e discussão dos mesmos, assim como a intervenção realizada.

Por fim, mas não menos importante, serão apresentadas as conclusões, bem como as reflexões relativas ao trabalho desenvolvido ao longo do ano.

# **Enquadramento Teórico**

## **1 Perturbações do neurodesenvolvimento**

De acordo com o que a American Psychiatric Association (APA) nos informa no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5), as perturbações do neurodesenvolvimento manifestam-se, por norma, durante a primeira e segunda infância, tendo repercussões ao nível do desenvolvimento social, académico e profissional. São, deste modo, perturbações que apresentam início no período de desenvolvimento da criança (APA, 2013).

Ainda de acordo com o DSM-5 (APA, 2013), é nas perturbações do neurodesenvolvimento que se inserem, entre outras, as Dificuldades de Aprendizagem Específicas (DAE) e a Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA). É comum, na presença de uma perturbação neurodesenvolvimental se encontrar outra comórbida, como é o caso usual da PHDA e das DAE (APA, 2013).

As DAE têm a sua origem em indícios neurológicos, e caracterizam-se por dificuldades que podem atingir qualquer área do desempenho académico. Estas dificuldades não têm como origem uma causa única, ou seja, existem diversos fatores que prejudicam o funcionamento cerebral (Smith e Strick, 2012).

As crianças com DAE, por norma, apresentam alguns desvios comportamentais, levando-nos a refletir sobre a sua capacidade atencional, que apresenta défices; sobre a sua capacidade de seguimento de instruções, uma vez que estas nem sempre são entendidas com clareza; sobre a sua imaturidade social; sobre os défices nas conversações, devido ao facto de apresentarem dificuldade em aceder à linguagem adequada; sobre a sua baixa capacidade de planificação e organização, bem como acerca dos problemas de coordenação e impulsividade evidenciados (Smith e Strick, 2012).

Assim sendo, torna-se evidente que as crianças com DAE processam a informação de forma diferente em comparação com as crianças sem DAE, o que leva a concluir que essas dificuldades se podem exteriorizar por meio de dificuldades específicas nas áreas académicas, envolvendo processos como descodificação da leitura e a sua compreensão, raciocínio matemático e atividades de escrita, por exemplo (Silva e Capellini, 2010).

Neste sentido, iremos abordar a conceptualização e caracterização das DAE, dando destaque à Dificuldade Específica da Aprendizagem da Leitura.

Do mesmo modo, e segundo Antunes (2011), a PHDA é a perturbação sobre a qual são criados mais juízos de valor e opiniões formadas sem conhecimento de causa, sendo uma criança com PHDA apelidada (por norma) de mal-educada. Quando o tema de conversa toca a esta perturbação, tanto os pais, como os professores e os meios de comunicação falam, maioritariamente, em hiperatividade, esquecendo do défice de atenção. Embora a agitação motora seja a característica que mais sobressai, não podemos esquecer que, muitas das vezes, a essa agitação surge devido à incapacidade sentida pela criança para manter o foco atencional (Antunes, 2011).

A PHDA tem ganho, assim, um maior destaque, nos últimos anos, uma vez que traduz repercussões de cariz cognitivo, familiar e social (Ramalho, 2010). Os contextos em que estas crianças se encontram inseridas sofrem alterações, pois a PHDA é uma perturbação que se caracteriza por padrões de comportamento impulsivo, desatento e hiperativo que, por sua vez, levam a consequências ao nível das aprendizagens escolares e do relacionamento interpessoal (Ramalho, 2010).

Portanto, torna-se essencial desmistificar a definição, as causas e alguns pontos relacionados com a intervenção nesta perturbação (Antunes, 2011).

## **1.1 Dificuldades de Aprendizagem Específicas**

De acordo com Correia (2004), o constante insucesso escolar vivenciado pelas crianças, nomeadamente em áreas académicas específicas como a leitura, a escrita e/ou o cálculo, levou à procura de uma definição de DAE que incluísse causas do insucesso na aprendizagem.

No entanto, e apesar das inúmeras definições criadas, ao longo dos anos e, ainda nos dias de hoje, o termo Dificuldades de Aprendizagem (DA) é utilizado com conotações diferentes. Segundo Correia (2008) e Correia & Martins (1999 in Cruz, 2009) por um lado existe o insucesso escolar e as Necessidades Educativas Especiais (NEE) que se relacionam de forma mais abrangente com o termo DA e, por outro lado existem as DAE que estão ligadas às áreas académicas anteriormente referidas e, por isso, traduzem um sentido restrito ao mesmo termo.

Antes de continuar, é importante perceber o contexto em que a aprendizagem se desenvolve. Posto isto, Fonseca (2007) elucida-nos sobre a aprendizagem, assumindo-a como um processo que envolve uma mudança de comportamento após a experiência, através do processamento da informação realizado pelo cérebro. Nesta linha de pensamento, segundo o mesmo autor, no processo de aprendizagem num primeiro momento é recebido o input, que pode ser auditivo, visual, tátil-cinestésico, etc; num

segundo momento acede-se a capacidades cognitivas como, por exemplo a atenção, a memória, a compreensão, a planificação, a autorregulação; para num momento posterior se exprimir através da fala, do desenho, da discussão, da resolução de problemas, da escrita, entre outros; de modo a que se realize a retroalimentação, querendo isto dizer que se realiza a repetição, organização, regulação, etc; resultando, deste ciclo, a aprendizagem.

Posto isto, e voltando às conceptualizações das DAE, de entre as definições concetuais criadas, destaca-se a definição do *National Joint Committee Learning Disabilities* (NJCLD) como sendo a mais consensual. Assim, segundo o NJCLD (2016)

difficultades de aprendizagem é um termo genérico que diz respeito a um grupo heterogéneo de desordens, manifestadas por dificuldades significativas na aquisição e no uso das capacidades de escuta, de fala, de leitura, de escrita, de raciocínio ou de capacidades matemáticas. Estas desordens são intrínsecas ao indivíduo, são presumivelmente devidas a uma disfunção do sistema nervoso central e podem ocorrer ao longo da vida. Problemas nos comportamentos auto-reguladores, na perceção social e nas interacções sociais podem coexistir com as dificuldades de aprendizagem, mas não constituem, por si só, uma dificuldade de aprendizagem. Embora as dificuldades de aprendizagem possam ocorrer concomitantemente com outras condições de incapacidade (por exemplo, deficiência sensorial, deficiência mental, distúrbio emocional grave) ou influências extrínsecas (como, diferenças culturais, ensino insuficiente ou inadequado), elas não são devidas a tais condições ou influências.<sup>12</sup>

Além desta definição, com o intuito de esclarecer e prestar atenção devida às crianças com DAE (Cruz, 2009), Correia (2007) veio acrescentar a definição por si adotada, que se considera importante por partilhar, através do seu conteúdo, a opinião dos especialistas e associações envolvidas na defesa das crianças com DAE, e que receberam maior consenso até à data. Diz-nos então que

as dificuldades de aprendizagem específicas dizem respeito à forma como um indivíduo processa a informação – a recebe, a integra, a retém e a exprime –, tendo em conta as suas capacidades e o conjunto das suas realizações. As dificuldades de aprendizagem específicas podem, assim,

---

<sup>1</sup> Tradução livre da autora: “Definição de Dificuldades de Aprendizagem do National Joint Committee on Learning Disabilities” (NJCLD, 2016)

<sup>2</sup> Tradução livre da autora: Do Original: “*National Joint Committee on Learning Disabilities Definition of Learning Disabilities*” (NJCLD, 2016)

manifestar-se nas áreas da fala, da leitura, da escrita, da matemática e/ou da resolução de problemas, envolvendo défices que implicam problemas de memória, perceptivos, motores, de linguagem, de pensamento e/ou metacognitivos. Estas dificuldades, que não resultam de privações sensoriais, deficiência mental, problemas motores, défice de atenção, perturbações emocionais ou sociais, embora exista a possibilidade de estes ocorrerem em concomitância com elas, podem, ainda, alterar o modo como o indivíduo interage com o meio envolvente.

(Correia, 2005a in Correia, 2007, p.165).

Contudo, para esclarecer a pertinência desta definição portuguesa de DAE, em 2007 Correia estabeleceu o elo de ligação entre a definição adotada pelo autor e as outras existentes, consideradas populares. O autor apresentou então seis parâmetros, descritos de seguida (Correia, 2007):

- **“Origem neurológica”**

De acordo com Joseph (2001) a origem das DAE prende-se com problemas ao nível do funcionamento cerebral, tendo portanto uma origem genética e/ou neurológica (in Correia, 2007). De igual modo, Shaywitz (2005 in Correia, 2007) confirma a origem neurobiológica com base nos estudos longitudinais de imagiologia por ressonância magnética. Assim sendo, o primeiro parâmetro mencionado na definição de Correia anteriormente mencionada traduz-se em problemas ao nível do processamento da informação, causados pelo incorreto funcionamento cerebral característicos das DAE (Correia, 2007).

- **“Discrepância académica”**

As crianças com DAE apresentam um Quociente de Inteligência (QI) normal ou acima da média, o que leva à expectativa de um determinado nível de realização e concretização nas aprendizagens (Correia, 2007). No entanto, não é isso que acontece, existindo uma discrepância entre o potencial esperado para a faixa etária e a o nível de realização (Correia, 2007).

- **“Problemas numa ou mais áreas académicas, envolvimento processual e padrão desigual de desenvolvimento”**

Segundo Correia (2007) existe relação entre o funcionamento dos processos cognitivos e o sucesso nas aprendizagens. Querendo isto dizer que um pior funcionamento dos processos cognitivos como a receção da informação, a integração e a expressão da informação por palavras ou escrita interferem com a boa qualidade das aprendizagens das crianças com DAE (Correia, 2007).

- **“Exclusão de outras causas”**

Este fator diz-nos que as DAE não podem ter a sua causa noutras perturbações ou problemas (deficiências mental, visual, auditiva; problemas motores, emocionais, sociais, económicos, etc), podem sim coexistir com eles, mas sem possuírem uma relação de causalidade (Correia, 2007).

- **“Comportamento socioemocional”**

A crença de que as crianças com DAE apresentam uma forma menos adequada de perceber situações sociais, de interagir e de organizar as suas aptidões de índole social parece ser verdadeira para Fonseca (2000 in Correia, 2007). Afigurar-se pois importante que este parâmetro seja tido em conta na hora de definir ou diagnosticar uma criança com DAE (Lerner, 2001 in Correia, 2007).

- **“Condição vitalícia”**

Por último, é necessário ter em consideração que possuir o diagnóstico de DAE significa que esta se manifesta ao longo da vida, uma vez que é uma perturbação de origem neurológica e inerente ao indivíduo (Correia, 2007).

Salienta-se então que as DAE se inserem nas perturbações do neuro desenvolvimento, com origem neurobiológica, detetadas durante o ensino básico e relacionadas com défices ao nível das habilidades académicas básicas (leitura, escrita e/ou aritmética) (APA,2013).

Consultando o DSM-5 (APA, 2013) verifica-se que o diagnóstico se determina com base nos seguintes critérios-chave. São eles:

A) Dificuldades na aprendizagem da leitura, escrita e/ou aritmética, querendo isto dizer que uma DAE interfere na normal aprendizagem das habilidades académicas não estando portanto associadas a uma má pedagogia ou fracas oportunidades. É necessário a presença de um dos seguintes sintomas com permanência de, pelo menos 6 meses: dificuldades ao nível da leitura de palavras (imprecisa, lenta e com muito esforço); dificuldade na compreensão da leitura; dificuldade ao nível da ortografia; dificuldade ao nível da expressão escrita (gramática, pontuação, organização, etc); dificuldades ao nível do cálculo e aritmética e dificuldades ao nível do raciocínio;

B) Discrepância entre o potencial individual de cada criança comparativamente com o potencial esperado para a idade;

C) Esta perturbação tem de ser evidente e detetada nos primeiros anos do ensino escolar, na maioria dos indivíduos;

D) A causa da DAE não se pode encontrar, por exemplo, em perturbações intelectuais, problemas visuais e/ou auditivos, perturbações mentais, desvantagem psicossocial ou educacional (APA, 2013).

Sentiu-se assim a necessidade de perceber o funcionamento dos indivíduos com DAE e, para tal Cruz (2009) referiu uma diversa sintomatologia que caracterizam estes indivíduos. Com base nos indícios neurológicos, sabe-se que os indivíduos com DAE apresentam relação com disfunções neurológicas mínimas, como são exemplo, as disfunções da motricidade fina ou coordenação, as alterações de comportamento e função cerebral, os problemas atencionais, de impulsividade e afetividade, os défices ao nível da percepção e memória e as disfunções centrais da visão, audição, do sistema háptico e da fala (Fonseca, 1995 in Cruz, 2009).

Martín (1994 in Cruz, 2009), de entre outros autores, sugere também que as crianças com DAE experimentam, tal como foi brevemente referido anteriormente, problemas associados à hiperatividade (atividade motora exagerada e impulsiva), hipoatividade (atividade motora reduzida) e a problemas de coordenação (lentidão e pouca integração motora) e de perseverança (persistência involuntária de determinado comportamento expressivo – fala, escrita ou leitura). Assim sendo, tal como é de conhecimento, uma correta maturação do sistema nervoso central deve-se a um desenvolvimento psicomotor adequado e, deste modo Fonseca (1984 in Cruz, 2009) considera de grande pertinência assumir que as crianças com DAE, para além de revelarem problemas motores ao nível da sua tonicidade, postura, equilíbrio e locomoção, revelam também problemas de ordem psicomotora, como na lateralidade, na direccionalidade, na noção corporal, na estruturação espaço-temporal e nas praxias global e fina. O mesmo autor explica-nos a pertinência de mencionar a maturação psicomotora, uma vez que ela é o fio condutor da organização neuropsicológica que permite qualquer aprendizagem (Fonseca, 1984 in Cruz, 2009).

Falando, portanto, relativamente à lateralidade e direccionalidade, sabe-se que os indivíduos com DAE apresentam dificuldade em integrar de forma cognitiva, consciente e perceptiva o corpo, não identificando corretamente os dois lados, esquerdo e direito, e, por conseguinte apresentando dificuldades ao nível das noções espaciais básicas (Fonseca, 1984 in Cruz, 2009).

Seguindo para a noção do corpo, Fonseca (1984 in Cruz, 2009) defende que os problemas associados à noção corporal são, muitas vezes, uma autoimagem e autoconfiança frágeis, que levam depois a desadaptações motoras relativamente ao envolvimento.

A estruturação espaço-temporal é o fator psicomotor com evidência de maior déficit nos indivíduos com DAE devido a problemas ao nível da memória visual e auditiva de curto prazo, bem como ao nível da verbalização da experiência motora (Fonseca, 1984 in Cruz, 2009).

Ainda de acordo com Fonseca (1984 in Cruz, 2009) as praxias também são áreas psicomotoras afetadas nos indivíduos com DAE, uma vez que estes evidenciam problemas na ordem da coordenação óculo-manual e óculo-pedal (com dismetrias), e ainda problemas de agilidade e de generalização.

Assim, é evidente que as aprendizagens escolares se encontram dependentes de um bom potencial psicomotor, que permita uma organização perceptivo-motora adequada e um processamento cortical da informação ajustado (Fonseca, 1984 in Cruz, 2009).

Dando continuidade à caracterização dos indivíduos com DAE, verifica-se que para além dos problemas de índole psicomotora, estes indivíduos possuem problemas emocionais ou sócio emocionais segundo nos diz Martín (1994, in Cruz, 2009). Para o autor, a ansiedade, a instabilidade emocional, as dificuldades no ajustamento à realidade, a baixa autoestima e a reduzida capacidade de tolerância à frustração são algumas das características que acompanham estes indivíduos. De acordo com Fonseca (1984, in Cruz, 2009) as DAE além de se relacionarem com problemas neuropsicológicos, relacionam-se também com problemas comportamentais, devido à ligação psico-emocional associada.

### **1.1.1 Dislexia**

Embora a aprendizagem da leitura seja um processo considerado relativamente fácil, detetam-se, cada vez mais crianças, com uma inteligência dentro ou acima da média, que apresenta dificuldades na sua aprendizagem (Teles, 2004). Esta DAE é aquela que mais pesquisa tem feito correr nos últimos anos (Rodrigues e Ciasca, 2016).

De modo a contextualizar esta aprendizagem, torna-se importante referir os processos inerentes à mesma. Assim sendo, sabe-se que ler é um processo ativo que se caracteriza pela descodificação e extração do significado de textos (Fonseca, 2009). Segundo Vellutino, Fletcher, Snowling e Scanlon (2004) as palavras escritas representam uma simbolização das palavras faladas, pelo que se torna evidente que a leitura seja uma conjugação entre o processo de descodificação e a compreensão (Cruz, 2007 in Cruz, 2009). Quer isto dizer, segundo o mesmo autor, que para proceder à leitura é necessário primeiramente reconhecer e identificar os símbolos escritos para, de seguida perceber o seu significado (in Cruz, 2009).



À semelhança do que foi referido anteriormente, segundo Cruz (2007 in Cruz, 2009) existem dificuldades de aprendizagem da leitura gerais (DLG) e específicas (DLE). Começando pelas DLG, Citoler (1996 in Cruz, 2009) refere que estas são aquelas que se associam tanto a fatores extrínsecos ao indivíduo (e.g. estado do edifício escolar, pedagogia, instabilidade familiar, entre outros), como a fatores intrínsecos (e.g. deficiências sensoriais, dificuldades intelectuais e desenvolvimentais).

Embora as DLE, à semelhança das DLG, também se encontrem associadas a fatores intrínsecos, estes diferenciam-se dos fatores intrínsecos das DLG por se relacionarem com disfunções cerebrais ou neurológicas, de onde se originam as dificuldades observadas (Cruz, 2007 in Cruz, 2009). As DLE referem-se apenas às DAE, onde se insere a dislexia, que é, então, caracterizada por problemas cognitivos e neurológicos (Rebelo, 1993 in Cruz, 2009). Quer isto dizer que a dislexia se manifesta ao longo da vida, sendo a sua causa independente das oportunidades pedagógicas adequadas, da integridade sensorial, mental, motora e comportamental (Fonseca, 2009). A aprendizagem da leitura nestes moldes associa-se de forma direta a um desgaste emocional acrescido para as crianças (Fonseca, 2009).

Assim sendo, ao debruçarmo-nos sobre o seu conceito, percebe-se que atualmente não existe ainda conformidade quanto ao termo Dislexia e, de forma a facilitar a compreensão e organização de ideias, classificar-se-á a dislexia de acordo com o momento do seu surgimento (Cruz, 2009).

Deste modo, o critério supracitado divide as dislexias em dois grupos, as adquiridas e as evolutivas/desenvolvimento (Cruz, 2007 in Cruz, 2009). Por um lado, as dislexias adquiridas englobam pessoas que, devido a uma lesão cerebral, perdem as habilidades de leitura e passam a ter dificuldades ao nível da mesma, as segundas enquadram-se nos indivíduos que possuem dificuldades na aprendizagem inicial da leitura (Cruz, 2005). Pode então afirmar-se que as dislexias adquiridas apresentam uma causa conhecida, contrariamente às evolutivas, para as quais não existe uma explicação notória (Citolier, 1996 in Cruz, 2009). Ainda de acordo com o mesmo autor, constata-se a existência de três tipos de dislexias adquiridas: fonológica, superficial e profunda (in Cruz, 2009). Por outro lado, estamos perante um diagnóstico de dislexia evolutiva quando não existe uma explicação aparente, querendo isto dizer que não existe uma lesão cerebral conhecida, que a dificuldade na leitura não é associada a problemas emocionais e socioculturais, a falta de oportunidades e quando se está na presença de uma inteligência normal (Shaywitz, 2008).

No que diz respeito às dislexias evolutivas ou de desenvolvimento, já não se encontra a mesma realidade, tendo existido alguns contrassensos quanto à sua divisão em subtipos (Shaywitz, 2008). Tal acontece devido à diferença existente entre adquirir capacidades de leitura e, de posteriormente as perder e o facto de nunca as ter possuído. Contudo, seguindo esta linha de pensamento, Citolier (1996, in Cruz, 2009) afirma que para a aprendizagem da leitura é necessário dominar dois procedimentos, o léxico e o sub-léxico. Para tal, o autor acredita que as dificuldades na leitura se devam a problemas num desses procedimentos, o que se traduz em, pelo menos, dois subtipos de dislexia, a fonológica e a superficial (in Cruz, 2009).

Quanto à dislexia superficial evolutiva, Cruz (2005) afirma que esta é uma perturbação onde o procedimento sub-léxico (e assim, fonológico) se encontra em bom funcionamento, não se encontrando a mesma realidade no que diz respeito ao procedimento léxico (e assim, visual). Quer isto dizer que as pessoas encontram dificuldades na leitura de palavras irregulares e na compreensão de palavras homófonas (Cruz, 2005).

Já a Dislexia fonológica, segundo o mesmo autor, remete-nos para as pessoas que não apresentam dificuldades em ler palavras familiares, revelando uma certa facilidade em aceder ao procedimento léxico. Contudo, para Cruz (2005), estas pessoas apresentam dificuldades na leitura de pseudopalavras e em palavras que não lhes são familiares. Esta dificuldade é caracterizada pela dificuldade na conversão grafema-fonema característica da Dislexia Fonológica (Cruz, 2005).

A heterogeneidade do grupo de pessoas com dislexia evolutiva fonológica é, para Cruz (2005) uma realidade e, resumidamente, esta é uma perturbação do neuro desenvolvimento que se caracteriza pelo não desenvolvimento de um dos procedimentos da aprendizagem da leitura (neste caso o sub-léxico) ou pelo não desenvolvimento de ambos (léxico e sub-léxico).

Para uma melhor compreensão, torna-se necessário abordar, de forma muito sucinta, os procedimentos implícitos à aprendizagem da leitura, para nos podermos contextualizar com tudo o que foi falado até aqui. Assim sendo, quanto à via léxica, Cruz (2007), Vegam (2002), Morais (1997) e Citolier (1996) sugerem que “pela via direta, visual, ortográfica ou léxica, o significado das palavras é extraído directamente destas através da sua associação ao sistema semântico, o que implica um reconhecimento global e imediato das palavras que já foram processadas anteriormente e que estão armazenadas no léxico mental do leitor (in Cruz, 2009, p.137)”.

Já a via sub-léxica, e segundo os mesmos autores “inclui mecanismos de conversão das palavras em sons, mediante a aplicação das regras de correspondência entre grafemas e fonema que incluem a análise dos grafemas, seguida de uma atribuição dos fonemas correspondentes para, posteriormente, ser feito o encadeamento dos fonemas (in Cruz, 2009, p.137)”.

Apesar de o centro das atenções ser a leitura, não podem ficar esquecidos os eventuais problemas de índole psicossocial e cognitiva que têm influência no desempenho global da criança (Rodrigues e Ciasca, 2016). Posto isto, fatores como a atenção, a concentração, e as funções afetivas como a autoestima, autoconceito e a motivação devem ser encarados como importantes no processo interventivo, uma vez que interferem diretamente com os mecanismos relacionados com a leitura e a sua compreensão (Rodrigues e Ciasca, 2016).

Interessa pois perceber, no sentido de realizar uma melhor intervenção e acompanhamento, quais as possíveis problemáticas associadas à dislexia. Deste modo, sabe-se que a dislexia é uma perturbação que apresenta, por norma, comorbilidades, tendo sido encontradas na literatura, relação entre a dislexia e dificuldades ao nível das funções executivas, nomeadamente no que diz respeito às estratégias de resolução de problemas, controlo de impulsos, flexibilidade e fluência verbal (Lima, Azoni e Ciasca, 2013). Segundo o DSM-5 (APA, 2013) um diagnóstico de dislexia é, por norma, associado a comorbilidade com outras perturbações do neurodesenvolvimento, como são exemplo a PHDA, a perturbação da comunicação, da coordenação, a perturbação do espectro do autismo, entre outras; ou perturbações mentais, das quais são exemplo a ansiedade, a depressão, etc. De entre as comorbilidades possíveis com o diagnóstico de Dislexia, irá dar-se destaque à PHDA.

## **1.2 Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção**

Segundo nos diz Neto (2014), até chegar ao conceito de PHDA, este sofreu evoluções durante os últimos 30 anos. Primeiramente deu-se uma abordagem à saúde física das crianças, para depois se falar na saúde psíquica, surgindo daí o relevante papel do desenvolvimento psicomotor e comportamental das crianças nesta área (Neto, 2014). Ainda nos dias que correm, sabe-se não só que as queixas efetuadas por pais e professores são, maioritariamente comportamentais, como também que essas queixas são, por norma, associadas a má educação, mesmo que já nos encontremos na presença de novos conhecimentos científicos que comprovam o contrário (Neto, 2014). Desta perturbação do neuro desenvolvimento surgem, portanto, problemas associados ao insucesso escolar, a dificuldades relacionais entre pares, pais e professores e, ainda,

problemas relacionamos com uma baixa autoestima (Neto, 2014). Posto isto, afirma-se com toda a certeza que uma intervenção adequada pode fazer toda a diferença na vida destas crianças, sendo elas capazes de alterar comportamentos (Neto, 2014).

No DSM-5 (APA, 2013) a PHDA é caracterizada pela presença frequente de desatenção, e/ou hiperatividade/impulsividade de acordo com determinadas especificidades, comparativamente com o mesmo nível de desenvolvimento. Assim sendo, é necessário que a sintomatologia persista por pelo menos seis meses, havendo a exigência da presença de no mínimo seis sintomas ao nível da desatenção e/ou da hiperatividade-impulsividade (APA, 2013). Neste sentido, apresenta-se de seguida uma tabela sintomatológica da PHDA, conforme nos apresenta o DSM-V (APA, 2013, p.100-101):

Tabela 1- Critérios de Diagnóstico para a PHDA, de acordo com o DSM-5 (APA, 2013, pp.100-101)

I – Desatenção	II - Hiperatividade e Impulsividade
<i>Frequentemente não presta atenção em detalhes ou comete erros por descuido em tarefas escolares, no trabalho ou durante outras atividades;</i>	<i>Frequentemente remexe ou batuca as mãos ou os pés ou se contorce na cadeira;</i>
<i>Frequentemente tem dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas;</i>	<i>Frequentemente levanta da cadeira em situações em que se espera que permaneça sentado;</i>
<i>Frequentemente parece não escutar quando alguém lhe dirige a palavra diretamente;</i>	<i>Frequentemente corre ou sobe nas coisas em situações em que isso é inapropriado;</i>
<i>Frequentemente não segue instruções até ao fim e não consegue terminar trabalhos escolares, tarefas ou deveres no local de trabalho;</i>	<i>Com frequência é incapaz de brincar ou se envolver em atividades de lazer calmamente;</i>
<i>Frequentemente tem dificuldade para organizar tarefas e atividades;</i>	<i>Com frequência “não para”, agindo como se estivesse “com o motor ligado”;</i>
<i>Frequentemente evita, não gosta ou reluta em se envolver em tarefas que exijam esforço mental prolongado;</i>	<i>Frequentemente fala demais;</i>
<i>Frequentemente perde coisas necessárias para tarefas ou atividades;</i>	<i>Frequentemente deixa escapar uma resposta antes que a pergunta tenha sido concluída</i>
<i>Com frequência é facilmente distraído por estímulos externos.</i>	<i>Frequentemente tem dificuldade para esperar a sua vez</i>
	<i>Frequentemente interrompe ou se intromete (p. ex., mete-se nas conversas, jogos ou atividades; pode começar a usar as coisas de outra pessoa sem pedir ou receber permissão;...).</i>

Para além dos sintomas detetados e especificados no quadro anterior, para se realizar um diagnóstico de PHDA é necessário que a maioria dos sintomas sejam evidenciados antes dos 12 anos de idade e em diversos contextos, como são exemplo em casa, na escola ou no trabalho (APA, 2013). Para além disto, torna-se essencial observar se esses sintomas interferem com as capacidades e a qualidade das relações sociais, com a produtividade na escola e no trabalho (APA, 2013).

No DSM-5 (APA, 2013) a PHDA é dividida em três formas, tendo em conta o número de sintomas relativamente aos domínios comportamentais. Assim sendo, de acordo com a APA (2013), encontram-se inumeradas no DSM-5 as diferentes formas de apresentação desta perturbação:

- a) PHDA de forma desatenta, caso a criança apresente maior número de sintomas da desatenção, num período de seis meses;
- b) PHDA de forma hiperativa/impulsiva, se a criança apresentar maior número de sintomas de hiperatividade/impulsividade, num período de seis meses;
- c) PHDA de forma combinada, se a criança apresentar pelo menos seis sintomas de cada categoria, num período mínimo de seis meses.

Existem dados na literatura que estabelecem relação da PHDA com uma discrepância entre o processamento da informação e a resposta a produzir; ou então entre a capacidade de, primeiramente, processar de forma adequada toda a informação, para depois dar uma resposta apropriada (Afonso, 2014). O mesmo autor informa-nos assim dos problemas neurológicos que se encontram na base desta perturbação, sendo eles caracterizados por uma disfunção ao nível do sistema nervoso e uma diminuição da substância cinzenta (lobos frontais e gânglios da base). Daqui advém então consequências ao nível dos mecanismos de autorregulação e controlo inibitório, bem como ao nível das funções executivas, essencialmente na atenção (Afonso, 2014).

Fatores genéticos e fatores de risco biológicos e ambientais estão também associados, segundo Conners (2003 in Fernandes e António, 2004) ao desenvolvimento da PHDA. Deste modo, de acordo com Nascimento e Ferreira (2014) o tabagismo, o consumo de álcool durante a gravidez, a prematuridade, o baixo peso à nascença, as infeções do Sistema Nervoso Central (SNC) e os traumatismos cranianos graves são fatores biológicos referenciados na literatura. Quanto aos fatores ambientais existe referência ao *stress*, a situações de trauma/ansiedade (Fernandes e António, 2004) e à exposição a metais pesados, como são exemplo o chumbo e o mercúrio (Nascimento e Ferreira, 2014).

As pesquisas relatam que a prevalência distribui-se em 5% para as crianças e 2,5% para os adultos (APA, 2013). A população afetada pode ser proveniente de qualquer cultura e grupo étnico, apresentando maior frequência no sexo masculino, à exceção da adolescência onde ambos os sexos apresentam prevalência semelhante (Afonso, 2014).

Entrando agora no campo das características das crianças com PHDA, sabe-se que embora os sinais de PHDA comecem a ser notados muito cedo, ainda que tenuemente, o despiste só pode ser fidedigno a partir da entrada no ensino fundamental, onde as exigências escolares e sociais aumentam (Afonso, 2014). Para o mesmo autor, com o avançar dos anos a irrequietude ganha menor proporção para a desatenção, uma vez que a complexidade dos conteúdos acadêmicos aumenta.

Posto isto, e tendo em conta que a atividade cerebral está na base da PHDA, parece lógico afirmar que, com o avançar da idade existe uma crescente maturação cerebral, e daí as crianças e os jovens ganhem capacidades para inibir e autorregular o seu comportamento (Afonso, 2014). Portanto, a probabilidade de encontrar uma diminuição dos sintomas até à adolescência é grande, embora existam de igual modo casos em que a manifestação da sintomatologia permaneça semelhante ao longo da vida, até na vida adulta (Afonso, 2014). É de conhecimento atual que a PHDA permanece ao longo da vida de forma crónica, o que se altera é a forma como os sintomas se manifestam nas diversas fases de desenvolvimento (Rodrigues e Antunes, 2014).

Das dificuldades sociais, comportamentais e académicas que as crianças com PHDA sofrem (Barkley, 2006/2008 in Oliveira, Pereira, Medeiros e Serrano, 2015) advém problemas associados, como são exemplo o funcionamento social, o funcionamento académico e o funcionamento emocional, não esquecendo claro dos problemas centrais da PHDA (hiperatividade, impulsividade e desatenção) (Lopes, 2004 in Oliveira, Pereira, Medeiros e Serrano, 2015). Além destes problemas associados, para Lopes (2004 in Oliveira, Pereira, Medeiros e Serrano, 2015), existem outras perturbações que se associam, na maioria dos casos, ao diagnóstico de PHDA, como são exemplo as DAE, alguns distúrbios psiquiátricos e distúrbios comportamentais.

Reportando especificamente para o funcionamento emocional e social Anastopoulos et al. (2011, in Oliveira, Pereira, Medeiros e Serrano, 2015) refere que a maioria das queixas existentes são apresentadas pelos pais e são referentes a comportamentos de raiva e frustração. Outros comportamentos observados neste domínio são elevados níveis de agressividade e reduzida empatia Barkley (2006/2008 in Oliveira et al., 2015) e dificuldades no reconhecimento e interpretação de diversos sinais sociais e contextuais oriundos do funcionamento emocional, isto é, o tom de voz, os gestos, entre

outros (Ludlow, Garrood, Lawrence e Gutierrez, 2014 in Oliveira, Pereira, Medeiros e Serrano, 2015).

Relativamente ao desenvolvimento psicomotor, Vidarte, Ezquerro e Giráldez, (2009) referem que existe relação entre uma imaturidade psicomotora e crianças com diagnóstico de PHDA. Posto isto, segundo Vidarte et al. (2009) dados da literatura dão-nos a conhecer que as estas crianças apresentam uma menor harmonia tónica comparativamente às crianças sem PHDA, uma vez que as primeiras apresentam tendencialmente hipertónicas (Silva e Santos, 2014). Dificuldades ao nível da equilibração é outro ponto a referir relativamente ao desenvolvimento das características das crianças com PHDA (Vidarte et al., 2009). No que reporta à lateralização, não são encontradas evidências entre imaturidade ao nível deste fator e a PHDA (Silva e Santos, 2014). Quanto à noção corporal, verifica-se que as crianças com PHDA apresentam dificuldade neste fator, uma vez que são evocadas funções executivas que já se encontram danificadas pelo diagnóstico de PHDA, como são exemplo a atenção, a memorização, a planificação e a execução motora (Bandura 1969, 1978 in Vidarte et al., 2009). São reportados também problemas ao nível da estruturação espacial e temporal, ao nível da praxia global, onde se verificam problemas de inibição motora (Vidarte, et al., 2009) e ao nível da praxia fina (Yochman, Ornoy e Parush, 2006 in Vidarte et al., 2009), mais especificamente ao nível da capacidade construtiva-manual e da destreza bimanual (Gallahue e Ozmun, 1998 in Vidarte et al., 2009). Considera-se que é ao nível da motricidade global e fina que nos deparamos com uma maior imaturidade desenvolvimental (Silva e Santos, 2014). Segundo os mesmos autores, estes dois últimos fatores da hierarquia psicomotora são aqueles que apresentam um maior grau de dependência relativamente às funções executivas (atenção, inibição de respostas, autorregulação, memorização, planificação, antecipação, execução, modificação e tomada de decisões sobre planos de ação).

Surge, assim, o conceito de funções executivas, tão importante para a compreensão do comportamento de crianças com PHDA: “as funções executivas são o conjunto de processos cognitivos e emocionais essenciais à resolução de problemas complexos, sobretudo os que envolvem regras sociais e autorregulação. Estas funções, que estão comprometidas na PHDA, podem ser treinadas” (Silva e Santos, 2014, p.108).

Posto isto, e em jeito não só de consolidar, como também de rever o conceito de PHDA, Nascimento e Ferreira (2014, p.29) diz-nos que esta é uma perturbação:

de base neurológica, com forte influência genética e modulada pelo meio ambiente. Envolve fatores neurobiológicos que condicionam uma deficiente ativação do córtex pré-frontal que, por sua vez, leva a défices nas funções



executivas, incluindo o controlo da atenção e a inibição dos impulsos. Apesar das alterações anatómicas e neuroquímicas referidas, o diagnóstico da PHDA é exclusivamente clínico.

### **1.3 A comorbilidade entre as DAE e a PHDA**

Brown et al (2001 in Pallarés, 2002) apresenta, no seu estudo, dados relativos à estrutura cerebral de indivíduos com dislexia, podendo aferir que a relação existente entre esta DAE e outras perturbações comórbidas, como é o caso da PHDA, se deve a alterações nos lobos frontais e nos gânglios basais.

Com o intuito de tornar a informação mais clara, é importante esclarecer que as funções dos lobos frontais passam pelo planeamento motor, pela padronização comportamental motora e social, pelo comportamento emocional, pela memória, pela capacidade para organizar a informação e produzir respostas adequadas, e pela capacidade de resolução de problemas e julgamento (Costa, Azambuja, Portuguese e Jaderson, 2004). Em suma, os lobos frontais são responsáveis pela plenitude das funções executivas (Costa et al., 2004). Já no que reporta aos gânglios basais, estes são responsáveis pela “integração impercetível de emoções, pensamentos e movimento físico” (Amen, 2013, p.96). Isto quer dizer, segundo Amen (2013), que as ações/reações são afetadas consoante a hiperatividade ou hipoatividade dos gânglios basais. Ou seja, a situações de hiperatividade dos gânglios basais estão associados fatores como ansiedade, pânico, receio e fuga a acontecimentos conflituosos, e a situações de hipoatividade nos gânglios basais associam-se problemas ao nível da capacidade de concentração e motricidade fina (Amen, 2013).

Pesquisas realizadas por Reiter e colaboradores (2005, cit in Dias, Menezes e Seabra, 2010) referem que existe comprometimento entre algumas funções executivas (frequentemente associadas à PHDA) e a dislexia, nomeadamente no que respeita à memória de trabalho, fluência verbal, controlo inibitório e capacidade de resolução de problemas.

Além destes dados, outras pesquisas referem ainda que, em média, 25%-40% dos diagnósticos de PHDA apresentam comorbilidade com a dislexia (Dykman e Ackerman, 1991 in Zamora, López e Gómez, 2009) e que 33% dos diagnósticos de dislexia apresentam simultaneamente diagnóstico de PHDA (Shaywitz e Shaywitz, 1988 in Zamora et al., 2009).

Por conseguinte, tendo como base estudos recentes, segundo Zamora et al., (2009) sabe-se que a explicação da coexistência destas duas perturbações num mesmo diagnóstico parte da própria comorbilidade e é apoiada por dados originários de estudos



cognitivos, genéticos e de neuroimagem. Com efeito, verificou-se que, por um lado a PHDA é associada a défices no controlo inibitório, tal como foi anteriormente referido, e, por outro, a dislexia se associa a dificuldades ao nível da consciência fonológica e memória de trabalho verbal (Willcutt et al., 2001 in Zamora et al., 2009). No entanto, neste estudo foi possível verificar que as crianças com um diagnóstico comórbido apresentam alterações nestes quadros sintomatológicos (Zamora, López e Gómez, 2009). Quer isto dizer que a dislexia e a PHDA apresentam semelhanças ao nível das suas características, no que diz respeito às dificuldades ao nível da memória de trabalho e controlo de impulsos, bem como ao nível da velocidade de processamento (Zamora et al., 2009).

Assim sendo, Bouvard e colaboradores (2006 in Atienza, 2006) argumentam três possíveis hipóteses explicativas da comorbilidade entre as DAE e a PHDA. Deste modo, a primeira hipótese refere que o défice de atenção leva a problemas de codificação e, o comportamento hiperativo conduz a problemas ao nível da memória; já a segunda hipótese revela que o problema central das dificuldades escolares de crianças com PHDA advém da falta de motivação, que por sua vez tem origem no défice de atenção (Bouvard et al., 2006 in Atienza, 2006) e, finalmente, a terceira hipótese refere que os problemas comportamentais atuam como consequência de um baixo rendimento académico (Smart et al., 1996, in Atienza, 2006).

Posto isto, encontram-se descritos na literatura fatores comuns à PHDA e às DAE (Atienza, 2006). Entre as características comuns encontram-se as funções executivas, discriminadas anteriormente (Atienza, 2006), dificuldades ao nível do processamento da informação (mais lento), problemas ao nível da motricidade e problemas na capacidade de perceção temporal (Atienza, 1991 in Atienza, 2006).

Para finalizar, destaca-se a necessidade de diagnosticar de forma adequada as comorbilidades, no sentido de realizar uma intervenção atempada e em conformidade com as características de cada criança (Zamora et al., 2009).

## **2 A Psicomotricidade**

Segundo a Associação Portuguesa de Psicomotricidade (APP), e consultando o artigo 4º, alínea a) do regulamento profissional dos psicomotricistas portugueses, a Psicomotricidade “estuda e investiga as relações e as influências recíprocas e sistémicas entre o psiquismo e a motricidade, encarando de forma integrada as funções cognitivas, sócio emocionais, simbólicas, psicolinguísticas e motoras, promovendo a capacidade de ser e agir num contexto psicossocial” (APP, 2011, p.2).

A palavra psicomotricidade é referida pela primeira vez no século XIX por motivos médicos e pela necessidade de classificar fatores patológicos (Machado e Tavares, 2010). Já no início do século XX, de acordo com os mesmos autores, é Dupré que com os seus estudos oferece à psicomotricidade uma visibilidade e notabilidade no campo da psiquiatria, mais precisamente na área das dificuldades motoras de pessoas com problemas mentais. A psicomotricidade é focada, nesta altura, essencialmente para os distúrbios psicomotores destes indivíduos (Machado e Tavares, 2010).

Fonseca (2010a) afirma que Henri Wallon foi o impulsionador da Psicomotricidade enquanto área científica, e que encorajou as primeiras tentativas de estudos acerca da reeducação psicomotora.

Deste modo, na obra de Wallon estudar o desenvolvimento da criança não serve apenas para compreender o funcionamento da parte psíquica do ser humano, o estudo da criança é uma ótima ferramenta para a educação daquela, evidenciando-se assim a importância da obra Walloniana para a Psicomotricidade (Fonseca, 2005).

Por sua vez, Ajuriaguerra deu continuidade à obra de Wallon, caminhando no sentido de consolidar os princípios e as bases da psicomotricidade (Fonseca, 2010a). Em 1947 é Ajuriaguerra que desenvolve uma definição de psicomotricidade mais recente e atualizada ao aliá-la ao movimento (Machado e Tavares, 2010).

É importante evidenciar a obra de Piaget, que para Sousa (2004) citado por Machado e Tavares (2010) engrandeceu as bases teóricas da psicomotricidade através do estudo pela experimentação da motricidade e da percepção numa relação recíproca.

A Psicomotricidade estuda então o Homem e a sua aprendizagem de forma holística (Fonseca, 2001). É, portanto, uma ciência que tem como objetivo “associar dinamicamente o ato ao pensamento, o gesto à palavra e as emoções aos símbolos e conceitos” (Fonseca, 2001, p.10). Por outras palavras, e ainda de acordo com o mesmo autor, a finalidade da psicomotricidade é aliar o corpo, o cérebro e os ecossistemas envolventes ao indivíduo.

Segundo Fonseca (2001), a Psicomotricidade não dá primazia ao rendimento motor e à performance do indivíduo, bem como à sua destreza e eficácia. O que esta ciência pretende é um corpo como uma ferramenta de ação, relação e expressão com o mundo envolvente, consigo próprio e com os outros (Fonseca, 2001).

A psicomotricidade é, por isso, uma relação recíproca e permanente entre o psiquismo e a motricidade (Fonseca, 2005). Assim sendo, e sabendo que os processos cognitivos dizem respeito aos processos de atenção, processamento, integração sensorial, planificação, regulação, controlo e execução da ação, sabe-se que o psiquismo é o

conjunto de todos esses processos (Fonseca, 2005). Por sua vez, a motricidade diz respeito e orienta-nos para um conjunto de expressões tanto mentais como corporais (Fonseca, 2005). A justificação para esta afirmação prende-se com o facto de que qualquer ato motor tem por base uma intenção, uma motivação e um significado que o justifiquem, e desse modo não se pode olhar para a motricidade e associá-la apenas a ações motoras. Portanto, a motricidade e os processos psicológicos que lhe dão origem são indissociáveis (Fonseca, 2005). Deste modo, e segundo o mesmo autor, pode comprovar-se que as expressões corporais (verbais e não verbais) são a base dos manifestos do psiquismo.

## **2.1 A Intervenção Psicomotora nas DAE e na PHDA**

Tem sido evidente o crescente interesse em estudar o perfil psicomotor de crianças com perturbações do desenvolvimento e de aprendizagem (Rosa e Rodrigues, 2014). Dados da literatura dão a conhecer que existe uma relação de causalidade entre atrasos no desenvolvimento motor, característico destas crianças, e atrasos noutras áreas, conduzindo assim a problemas de adaptabilidade e aprendizagem (Rosa e Rodrigues, 2014).

Embora a intervenção nas DAE seja ainda um assunto complexo, uma vez que existe pouco consenso quanto ao tema, torna-se essencial abordá-lo (Cruz, 2009).

Assim, no que diz respeito aos objetivos da intervenção nas DAE, sabe-se que estes devem passar por garantir suporte à família, para que percebam de forma global os problemas da criança; selecionar programas individualizados que satisfaçam as suas necessidades; perceber as prioridades e maiores dificuldades sentidas pela família (NJCLD, 2006) e, principalmente, ajudar a criança, através da redução do impacto das dificuldades na sua vida (Dockrell e Mcshane, 2000).

Posto isto, também Hallahan e Mercer (2002, in Cruz, 2009) nos dizem que qualquer intervenção realizada com crianças com DAE deve ter como finalidade a aquisição de estratégias que auxiliem a enfrentar as dificuldades sentidas nas diversas aprendizagens.

As crianças com este diagnóstico podem apresentar alguns desvios comportamentais enumerados de seguida: dificuldade em manter o foco atencional; dificuldade em seguir instruções por não serem bem entendidas; constante necessidade de ajuda na realização das tarefas; imaturidade social; dificuldades ao nível do planeamento e organização, i.e., problemas relacionados com a noção temporal; problemas de coordenação; dificuldade no controlo dos impulsos e inflexibilidade (Smith e Strick, 2012).

Pegando no exemplo específico da dislexia, sabe-se que estas crianças apresentam problemas ao nível da integração sensorial/visual e auditiva e ao nível da integração psicomotora (Fonseca, 2008 in Dias, 2009). Isto traduz consequências no que diz respeito ao potencial de aprendizagem e à planificação das ações, envolvendo alguns processos como são exemplo o conhecimento do esquema corporal; dificuldades sensório-perceptivas; confusão nas cores, nas formas, nos tamanhos e posições; execução motora manual (Fonseca, 2008 in Dias, 2009).

Deste modo, tendo em conta o já atrás referido, as intervenções com crianças com DAE devem atuar, simultaneamente, de forma direta na criança e sobre o seu envolvimento (familiar, escolar, social), uma vez que as aprendizagens são construídas e articuladas em conformidade com as interações estabelecidas nos diversos meios em que a criança se insere (Cruz, 2009).

Também Fonseca (2005, p.20) reforça a essência da ligação entre a intervenção psicomotora com o desenvolvimento global da criança:

a psicomotricidade não se reduz à intervenção na motricidade do indivíduo, nem tão pouco à sua esfera lúdica, mas sim procura intervir na sua personalidade total. A psicomotricidade tem como finalidade, intervir igualmente nos sentimentos, nos conflitos, nas ambivalências, nas tensões, nas pulsões, nas angústias, nos fantasmas, nas projecções, nas transferências e defesas da criança.

Do mesmo modo, e falando agora da PHDA, sabe-se que a intervenção, por meio de atividades lúdicas e do movimento corporal, leva ao desenvolvimento de estratégias de resolução de problemas e autorregulação do comportamento (Silva e Santos, 2014).

Segundo nos dizem os mesmos autores, tanto o controlo e o planeamento motor e, assim comportamental, como as capacidades de adaptação às exigências do meio apenas se tornam possíveis através da relação interdependente entre o desenvolvimento dos fatores psicomotores, que representam funções cerebrais e musculares, e as capacidades cognitivas e emocionais.

Tal como foi referido anteriormente, Thompson (2003) também nos diz que as crianças com PHDA são tendencialmente associadas ao risco de desenvolver, até à idade adulta, problemas de índole psiquiátrica (i.e., comportamento antissocial, problemas associados a drogas, problemas de humor e ansiedade). Seguindo a mesma linha de raciocínio, constata-se a existência de dados na literatura acerca de dificuldades no controlo das emoções, em focar a atenção num estímulo específico, no controlo inibitório, ao nível da agitação psicomotora, sobre comportamento agressivo e baixa capacidade de

tolerância à frustração (Thompson, 2003). Estas são problemáticas que interferem nos rendimentos sociais e escolares destas crianças (Thompson, 2003).

Assim sendo, os indivíduos com PHDA beneficiam de um trabalho interdisciplinar, que promova as competências necessárias face às dificuldades apresentadas (Thompson, 2003).

Por conseguinte, o papel da intervenção psicomotora pode passar por realizar um trabalho ao nível da relaxação e ajustamento postural, organização espacial e temporal e, sobretudo ao nível das praxias global e fina (Silva e Santos, 2014). Estes dois fatores são, de acordo com Silva e Santos (2014), aqueles que se revelaram com maior compromisso na PHDA, uma vez que evocam de forma ativa as funções executivas (e.g., planeamento, organização, memória, controlo de impulsos, autorregulação, tomada de decisão, pensamento social, gestão do tempo, capacidade de resolução de problemas e avaliação dos resultados da ação). Sabe-se também que as competências relacionadas com a escola estão intimamente associadas à praxia fina, pelo que o trabalho do técnico, nesta área de intervenção, passa por desenvolver a dominância, destreza e velocidade manual, a harmonia dos movimentos finos e a orientação e organização espacial (Silva e Santos, 2014).

As aprendizagens, quer sejam psicomotoras ou cognitivas, só são possíveis devido ao funcionamento harmonioso e intacto do cérebro (Fonseca, 1984 in Fonseca, 2010 a). Ao pensarmos no processo reabilitativo de uma criança, devemos ter conhecimento de que o método de reabilitação se relaciona com objetivos como a recuperação, restauração, remediação, compensação, maximização e otimização do potencial da criança (Fonseca, 2010 a).

Fonseca (2010a) elucida-nos para um modelo em Reabilitação Psicomotora (RPM), dividido em seis estratégias:

- A primeira estratégia diz respeito à identificação e diagnóstico, tendo como função tomar conhecimento das características e do potencial da criança;
- A segunda estratégia refere-se ao perfil intra-individual de aquisições básicas que diz respeito à análise dos resultados diagnósticos e ao estabelecimento das hipóteses explicativas para esses resultados. Formulam-se as áreas fracas e fortes da criança;
- A terceira estratégia visa a formulação dos objetivos de intervenção, reforçando-se, ao mesmo tempo, as áreas fortes como forma de compensar e ampliar as áreas fracas e, assim, diminuir as dificuldades sentidas pela criança;

- A quarta estratégia esclarece-nos sobre o plano reabilitacional individualizado, do qual devem fazer parte os objetivos a curto, médio e longo prazo, a duração da intervenção e a planificação da pré e pós avaliação/observação;
- A quinta estratégia refere-se à implementação de programas reabilitacionais, querendo isto dizer que é necessário ter em atenção a modificabilidade da intervenção da equipa terapêutica, de modo a poder modificar o potencial de aprendizagem da criança;
- Por último, a sexta estratégia fala-nos da avaliação reabilitacional, fazendo menção à avaliação do grau de modificabilidade da criança nas suas áreas fracas (Fonseca, 1989 cit in Fonseca,2010a).

Posto isto, por outras palavras, sabe-se que a observação é o primeiro passo a dar no âmbito de uma intervenção psicomotora (Fonseca, 2001). De acordo com o autor, após este primeiro passo, torna-se imperativo enumerar quais as razões explicativas dos problemas psicomotores observados, e daí traçar as situações-problema que serão o principal alvo de intervenção. De forma a obter sucesso na intervenção psicomotora, o técnico necessita encontrar o equilíbrio da relação terapêutica, sabendo como cooperar e como se envolver com a criança de forma a realizar atividades/situações que satisfaçam as necessidades do reeducando (Fonseca, 2010 a).

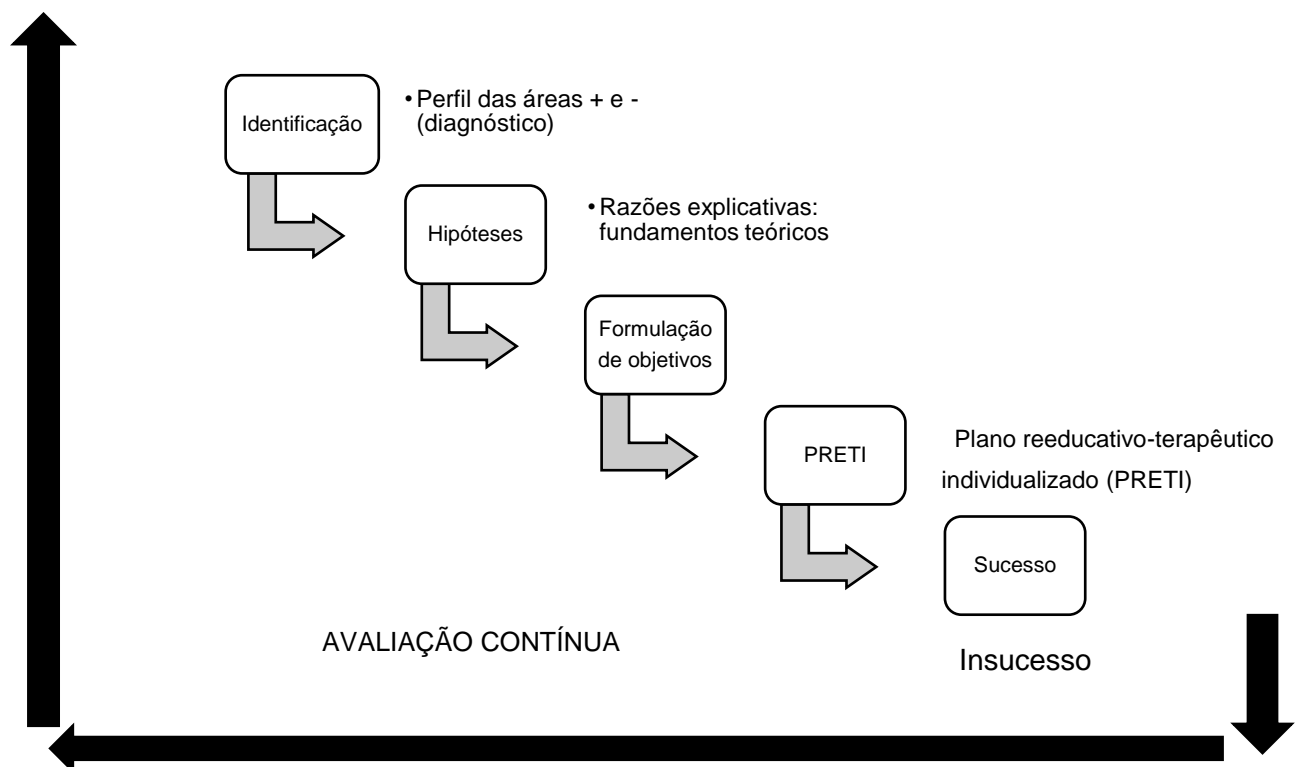


Figura 1 - Intervenção em Psicomotricidade (Fonseca, 2001, p.30)

A intervenção psicomotora requer, segundo Fonseca (2010a), um conjunto de dimensões essenciais ao sucesso, sendo elas: “evitar o desconforto, assegurar o sucesso, garantir auto-satisfação, desenvolver uma auto-imagem positiva, ganhar uma certa distanciação das dificuldades, mudar as atitudes, reduzir os sintomas, procurar auto-aceitação” (Fonseca,2010a, p.299).

Segundo a APP (2011), a intervenção pode ser desenvolvida no âmbito preventivo/educativo, reeducativo e terapêutico. O primeiro campo de atuação é desenvolvido no sentido de alcançar uma maior estimulação do desenvolvimento psicomotor, do potencial de aprendizagem e da autonomia do indivíduo; o segundo refere-se a indivíduos que apresentem comprometimento no seu desenvolvimento e aprendizagem; e o terceiro campo de atuação relaciona-se diretamente com indivíduos que possuem problemas psicoafectivos e de adaptabilidade (APP,2011).

Fonseca (2010b) diz-nos que, tal como foi referido anteriormente, um perfil de desenvolvimento com uma correta integração dos fatores psicomotores é essencial para uma atividade psíquica adequada. Assim, torna-se evidente que quando a integração de um fator psicomotor se encontra desadequada pode resultar numa série de perturbações psicomotoras que podem ocorrer em qualquer faixa etária (Fonseca, 2010b). Essas perturbações, normalmente afetam o potencial habilitativo, de aprendizagem e, até a qualidade de vida do indivíduo (Fonseca, 2010b).

Ainda para o mesmo autor, este afirma que

“a prática clínica psicomotora apresenta uma lista substantiva de factos e evidências sobre as estreitas relações que unem as anomalias psíquicas com as motoras, que mais não são do que a expressão de uma solidariedade neurofuncional original e profunda entre as acções e as sensações, entre o movimento e o pensamento.” (Fonseca, 2010, p.50).

Percebe-se então que, embora aparentemente o movimento pareça apenas movimento, em psicomotricidade o movimento significa sentir com o corpo, e através dele sentir os objetos e explorá-los (Fonseca,2010a). Quer isto dizer que o movimento quando planificado, organizado e executado pela criança permite sensações que interferem com o funcionamento e organização cerebral (Fonseca,2010a).

Em termos do desenvolvimento infantil, para Cuenca e Rodao (2002) a psicomotricidade tem um papel de extrema importância, no sentido de que a base de uma boa aprendizagem é um bom desenvolvimento psicomotor.

Percebe-se então que um desenvolvimento psicomotor mal edificado pode levar a que a criança evidencie, mais tarde, diversos problemas, nomeadamente, ao nível da

escrita, da leitura, da orientação espacial, a dificuldades na distinção de determinadas letras, no pensamento lógico e abstrato, etc (Rossi, 2012). Para o mesmo autor, a intervenção psicomotora leva à consciencialização, por parte da criança, do seu corpo, das suas possibilidades de expressão corporal e dos seus limites, através, também, da sua organização no tempo e no espaço. Torna-se, assim, fundamental assegurar que a criança não ultrapassa nenhuma das etapas do seu desenvolvimento (Rossi, 2012).

Em modo de conclusão, parece essencial clarificar que

a RPM pretende que a criança se torne mais apta a aprender, quer seja uma aquisição motora, ou uma aquisição escolar. O objectivo essencial é transformar o cérebro num órgão com maior capacidade para captar, integrar, armazenar, elaborar e expressar informação visando, consequentemente, a optimização e a maximização do potencial da aprendizagem da criança.

(Fonseca, 2010 a, p.300)



## **Enquadramento Institucional**

De forma a realizar um enquadramento institucional do local do estágio foram recolhidas informações junto da Diretora do Psicosorrir, Joana Cardoso (comunicação pessoal, Janeiro de 2016).

O Psicosorrir é um Centro de Avaliação Médico Psicológica, que visa a união entre as várias dimensões e contextos da vida, e que dá particular importância psicopedagógica e psicoterapêutica de modo a promover o bem-estar biopsicossocial.

O centro distribui-se por três clínicas (Amarante, Marco de Canaveses e Baião) sendo que o presente estágio profissionalizante foi realizado na clínica de Amarante.

Relativamente ao contexto físico, a clínica contém: cinco salas de intervenção de tamanho médio - duas de psicologia, uma de terapia da fala, uma de terapia ocupacional (e onde decorreram a maioria das intervenções psicomotoras) e uma última sala para os exames psicotécnicos; a sala da direção; uma sala de material; uma cozinha; uma casa de banho; uma sala de espera para as crianças; e uma sala de espera na receção. Não existe espaço exterior exclusivo da clínica.

O Psicosorrir conta com as seguintes valências: Psicologia, Terapia da Fala, Terapia Ocupacional, Pedopsiquiatria, Psiquiatria e são ainda realizados Exames Psicotécnicos para condutores. Deste modo, é disponibilizada uma equipa multidisciplinar especializada, que presta apoio individualizado a crianças, jovens, adultos e idosos. Atualmente é fornecido apoio predominantemente a faixas etárias compreendidas entre os 5 anos e os 17 anos.

A clínica funciona em horário laboral, entre as 10h e as 19h dos dias úteis. Os profissionais das diversas valências disponibilizadas no Psicosorrir prestam serviços às três clínicas. Deste modo, as técnicas vão rodando entre as três clínicas conforme o dia da semana. Assim, a clínica de Amarante disponibiliza: à segunda-feira psicologia; à terça-feira psicologia e terapia ocupacional; à quarta-feira terapia ocupacional, terapia da fala e, quinzenalmente, psicologia; à quinta-feira psicologia, terapia da fala e terapia ocupacional; e à sexta-feira psicologia.

Relativamente à Psicomotricidade, esta é uma valência que não faz parte dos serviços prestados pelo Psicosorrir. Contudo, após o estágio curricular profissionalizante foi observável o interesse demonstrado pela área, tanto por parte da direção como dos restantes profissionais. Até à data a psicomotricidade ainda não está incluída na oferta de serviços, no entanto têm sido efetuadas algumas reuniões nesse sentido.

## **Realização da Prática Profissional**

Neste capítulo irá ser abordada a forma de desenvolvimento e organização do estágio profissionalizante, no decorrer do ano letivo 2015/2016 no Psicossorrir, em Amarante. Para além da organização, irão ser mencionados os contextos de intervenção, a calendarização das atividades e o horário estipulado e, ainda os processos de intervenção.

### **3 Organização do estágio**

Inicialmente, e após a escolha e aprovação do local de estágio, foi agendada uma reunião, com o intuito de conhecer a instituição, a direção e a orientadora local (psicóloga). Foi também possível perceber quais os objetivos pretendidos por parte da direção, bem como a forma de desenvolvimento do estágio.

Assim sendo, ficou estabelecido que o trabalho da estagiária iria iniciar-se com a observação das consultas de psicologia e terapia da fala dos casos acompanhados, e com a sua integração na instituição.

De modo a contextualizar e detalhar a observação, esta teve como objetivo principal fazer o levantamento das necessidades da instituição, iniciar uma relação empática entre a estagiária e os restantes profissionais do local, observar e conhecer a dinâmica e a interação entre profissionais, e entre profissionais e clientes, realizando desse modo a integração da estagiária na instituição. Além disso, a observação permitiu conhecer de uma forma completa e aprofundada cada caso para, num momento posterior, se poder elaborar um plano de intervenção adequado a cada um.

Este foi um processo enriquecedor para a formação profissional, na medida em que permitiu ter contacto direto com outras valências, observando diferentes formas de trabalhar e de estar, e diferentes formas de intervenção com as variadas problemáticas existentes. Deste modo, são evidenciados os aspetos positivos do trabalho em equipa multidisciplinar e das relações profissionais equilibradas, que têm sempre como foco o cliente e a melhor intervenção para cada um.

O estágio teve, então, início dia 5 de outubro de 2015, no qual foram observados dez casos, abrangendo as seguintes problemáticas: PHDA, Défice Cognitivo, Dislexia, Trissomia 21, Atraso global do Desenvolvimento e Atrasos da Linguagem.

Após a fase de observação, que durou aproximadamente dois meses, seguiram-se as avaliações iniciais, a definição dos objetivos e as intervenções propriamente ditas. Salienta-

se que ao longo de todo o processo foi mantido um contacto contínuo com os restantes técnicos.

Com a chegada do final do ano letivo, foram então realizadas as avaliações finais, bem como a análise dos seus resultados.

Tal como foi referido anteriormente, além do contacto contínuo com os restantes profissionais, que permitiu obter um conhecimento completo de cada caso e dos seus processos, foi mantido igualmente contacto com os pais de cada criança, por intermédio da psicóloga.

### **3.1 Contextos de intervenção**

A intervenção psicomotora foi desenvolvida em contexto de sala terapêutica, sendo que a organização das salas dependeu das necessidades de cada técnico, considerando a dinâmica da clínica anteriormente explicada. As sessões foram então desenvolvidas de acordo com o planeamento da estagiária, com acesso a todos os materiais necessários. Apesar de na instituição estar disponível a maior parte do material necessário para as sessões de psicomotricidade programadas, a estagiária construiu ainda algum dele, sendo possível de consultar no anexo E (nomeadamente, traves de madeira, canas de pesca e peixes numerados, tiro ao alvo de letras, pés e mãos, relógio, bingo da matemática, caixa de golfe e o livro do tempo, para a identificação do dia, mês e ano, dia da semana, estação do ano e horas).

Foi também aproveitado o espaço exterior à clínica para desenvolver sessões mais dinâmicas e com recurso à luz natural e a um ambiente mais descontraído e informal, comparativamente às salas terapêuticas.

### **3.2 Calendarização das atividades/horário de estágio**

Nesta etapa do trabalho serão referidos os pontos de organização do estágio – horário semanal, calendarização das sessões ao longo do ano e o cronograma das atividades.

#### **3.2.1 Cronograma dos procedimentos de estágio e do relatório de estágio**

A tabela 2 diz respeito às atividades desenvolvidas no estágio alusivas à prática e à elaboração do relatório de estágio.

Tabela 2 - Cronograma das atividades práticas do estágio e da elaboração do relatório de estágio.

	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Maio	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar
Integração na equipa e observação																		
Avaliação inicial																		
Elaboração do plano de intervenção																		
Planeamento das sessões																		
Intervenção psicomotora																		
Relatórios de intervenção																		
Avaliação final																		
Análise dos Resultados																		
Elaboração dos relatórios de avaliação finais																		
Redação do relatório																		
Revisão do relatório																		
Entrega do relatório																		

### 3.2.2 Horário

A estagiária realizou, juntamente com a orientadora local, a distribuição semanal das horas de estágio, consoante os processos de observação, avaliação e intervenção a realizar. Assim sendo, tal como se pode observar na tabela 3, o estágio realizou-se todos os dias das 13h30/14h às 19h, com exceção da sexta-feira.

Tabela 3 - Horário de Estágio no Psicossorrir - Amarante 2015/2016

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
10h-11h					
11h-12h					
12h-13h					
13h-14h					
14h-15h					
15h-16h					
16h-17h					
17h-18h					
18h-19h					

### 3.2.3 Calendarização das sessões

A tabela 4 é alusiva ao cronograma das sessões referentes aos casos apoiados pela intervenção psicomotora.

Tabela 4 - Cronograma das sessões de Psicomotricidade 2015/2016

Casos Acompanhados	Início	Nº Sessões Previstas	Nº Sessões Realizadas
A.B	14/01/2016	11	11
C.B	24/11/2015	20	17
H	05/11/2015	6	4
J	23/10/2015	15	16
P.R	04/11/2015	9	10
T.M	23/11/2015	17	15
J.T	21/10/2015	15	16

## 4 Processos de intervenção

Relativamente ao processo interventivo são apresentados, de forma breve, a caracterização dos casos observados pela estagiária, os quais foram alvo de avaliação psicomotora. Posteriormente, será apresentado, de forma aprofundada, o estudo de caso selecionado. Assim, num primeiro momento, passa-se pela descrição dos instrumentos de avaliação, depois pela breve apresentação dos casos acompanhados, pela exposição dos resultados, seguida da discussão dos mesmos e, por fim pela descrição da intervenção psicomotora realizada.

### 4.1 Instrumentos de Avaliação

No sentido de realizar uma avaliação que fosse ao encontro das dificuldades das crianças acompanhadas, foram selecionados três instrumentos de avaliação: a Bateria Psicomotora (BPM) de Vitor da Fonseca, o Sistema de Avaliação Cognitiva (SAC) de Naglieri e Das e a Prova de Análise e Despiste da Dislexia (PADD) de Rui Carreteiro.

#### 4.1.1 Bateria psicomotora de Vitor da Fonseca

A BPM é considerada, por Vitor da Fonseca, um instrumento psicopedagógico que tem como objetivo principal “detectar e identificar crianças com dificuldades de aprendizagem.” (Fonseca, 2010a, p.114). Ou seja, é uma bateria de observação, que para atingir o principal

objetivo que passa, como já foi dito, pela identificação de crianças que não tenham as competências psicomotoras inerentes a qualquer aprendizagem, possibilita a observação do comportamento psicomotor de forma estruturada (Fonseca, 2010a).

Deste modo, os fatores psicomotores que constituem a BPM e, assim, as tarefas da mesma são: tonicidade, equilibração, lateralização, noção do corpo, estruturação espaciotemporal, praxia global e praxia fina (Fonseca, 2010a).

Relativamente à cotação da bateria, Fonseca (2010a) diz-nos que a cada tarefa pode corresponder uma pontuação entre 1 e 4 pontos: “1. Realização imperfeita, incompleta e descoordenada (*fraco*); 2. Realização com dificuldades de controlo (*hesitante*); 3. Realização controlada e adequada (*bom*); 4. Realização perfeita, económica, harmoniosa e bem controlada (*Excelente*)” (Fonseca, 2010a, p. 107). Daqui podem então resultar quatro perfis psicomotores: 1. Perfil apráxico, 2. Perfil dispráxico, 3. Perfil eupráxico e 4. Perfil Hiperpráxico, respetivamente (Fonseca, 2010a).

É importante salientar que, além da sua vertente psicopedagógica, a BPM possibilita a criação de estratégias para as vertentes habilitativas e reabilitativas (Fonseca, 2010).

#### **4.1.2 Sistema de Avaliação Cognitiva**

O SAC é um instrumento de avaliação do funcionamento cognitivo, baseado, em grande medida, na teoria do processamento da informação - PASS (Planificação, Atenção, Processamento Simultâneo e Processamento Sucessiva) de Naglieri e Das (1997 in Cruz, 2007). Os mesmos autores explicam que o SAC é então um instrumento de aplicação entre os 5 e os 17 anos, com o intuito de avaliar os processos cognitivos da teoria PASS supracitados (in Cruz, 2007).

Assim sendo, para um melhor entendimento naquilo que consiste o SAC passa-se a analisar de forma muito sucinta os processos cognitivos que o constituem. Neste sentido, Das, Naglieri e Kirby (1994) e Das et al (2001), dizem-nos que a planificação interfere nos processos inerentes à tomada de decisão na resolução de problemas ou na realização de qualquer atividade (in Cruz, 2005). Por sua vez, a atenção é o processo cognitivo que implica uma resposta voluntária a determinado estímulo, ao mesmo tempo em que existe uma inibição de respostas a estímulos secundários (Das, Naglieri e Kirby, 1994 in Cruz, 2005). Quanto ao processamento simultâneo, este é um processo cognitivo onde as componentes da informação apresentada estão interrelacionadas (Das, Naglieri e Kirby, 1994 in Cruz, 2005), interferindo, por exemplo na compreensão de frases (Das e Naglieri, 1997 in Cruz, 2005). Por último, o processamento sucessivo relaciona-se com a

organização sequencial da informação e dos estímulos (Naglieri e Das, 1997 in Cruz, 2007). De acordo com os mesmos autores, este processo cognitivo é essencial para a percepção do significado da informação apresentada (in Cruz, 2007).

#### **4.1.3 Prova de Análise e Despiste da Dislexia**

A PADD é uma prova de despiste de perturbações fonológicas ou ortográficas, baseada nas teorias da leitura (Carreteiro, 2005). Esta prova tem, então, como objetivo principal a análise das dislexias centrais, ou seja, profunda/fonológica e de superfície/ortográfica (Carreteiro, 2005).

É constituída por quatro subtestes: a consciência articulatória, a consciência fonética, a leitura de palavras e a memória auditiva (Carreteiro, 2005).

Os resultados são calculados, segundo nos diz Carreteiro (2005), de acordo com uma fórmula entre o resultado obtido nos subtestes e o resultado esperado para a faixa etária (possível de consultar nas tabelas estatísticas para cada faixa etária).

Deste modo, Carreteiro (2005) afirma que de acordo com as dificuldades registadas podemos estar perante situações-problema diversas, como são exemplos:

- Problema de memória a curto prazo (quando as maiores dificuldades surgem nas provas memória de dígitos e palavras compridas);
- Dislexia fonológica (quando as maiores dificuldades surgem nas provas consciência articulatória, consciência fonética, leitura de pseudopalavras e palavras pouco frequentes);
- Dislexia ortográfica (quando as maiores dificuldades surgem nas provas leitura de palavras irregulares e erros semânticos).

## **4.2 Intervenção Psicomotora**

Ao longo do estágio foram acompanhadas crianças e jovens com idades compreendidas entre 6 e 17 anos, no período de outubro de 2015 e junho de 2016. Das crianças e jovens acompanhados nem todos seguiram para intervenção, uma vez que a dinâmica da clínica e as necessidades das crianças/jovens nem sempre o permitiram. Em alguns casos foi realizada apenas a avaliação e outros cessaram a intervenção a meio. Posto isto, entre avaliações e encaminhamentos para intervenção psicomotora contabilizam-se cerca de dez casos.

## **4.2.1 Caracterização dos casos observados**

### **4.2.1.1 Caso 1**

A **A** é uma jovem de 17 Anos, do sexo feminino, a frequentar o 11º Ano de Escolaridade do Ensino Especial. Apresenta como diagnóstico défice de atenção e concentração, instabilidade emocional e dificuldades de aprendizagem. Frequenta as sessões de psicologia e fez avaliação no âmbito da psicomotricidade. É uma jovem sociável, simpática e bem-disposta e, a interação entre a jovem e a técnica foi constante ao longo da avaliação. Apesar de a **A** manter um tema de conversação e ter capacidade de resposta em qualquer assunto, a sua perceção de cada tópico e das suas respostas não é a mais adequada. Realiza manutenção de contacto ocular e respeita os turnos comunicativos.

Foi realizada a avaliação com recurso ao SAC, onde se avaliaram os processos cognitivos referentes à planificação, atenção, processamentos simultâneo e processamento sucessivo. Os resultados obtidos encontram-se muito abaixo da média para a faixa etária.

Contudo, a **A** não seguiu para intervenção psicomotora, uma vez que não havia indicação terapêutica.

### **4.2.1.2 Caso 2**

A **A.B** é uma criança com 9 anos, do sexo feminino, a frequentar o 3º ano de Escolaridade do Ensino Especial. Apresenta como diagnóstico défice cognitivo, perturbação da fala/linguagem e PHDA. Frequenta as sessões de psicologia e realizou avaliação e intervenção em psicomotricidade. Caracteriza-se por ser uma criança com muita energia, com iniciativa comunicativa e capacidade de resposta. Realiza manutenção do contacto ocular, no entanto nem sempre respeita os turnos comunicativos. Em termos comportamentais, a **A.B** é uma criança bastante impulsiva, com muita dificuldade em controlar as suas ações. Dispersa facilmente a atenção em atividades menos estimulantes. Neste sentido, foi realizada uma intervenção com base nas necessidades detetadas. Para isto, recorreu-se a uma avaliação formal com recurso à BPM e ao SAC. Posteriormente à avaliação e, falando do processo terapêutico com a **A.B**, este incidiu, na sua maioria, ao nível do controlo comportamental, autonomia pessoal e social, ao nível da orientação espaço-temporal, e ao nível da manutenção da atenção (inibição de estímulos secundários e manutenção da atenção sustentada).

Assim sendo, foi realizado um trabalho com vista à consciencialização das atitudes dentro da sessão, desenvolvendo a capacidade de participação correta na mesma (objetivo



para o qual a estagiária realizou uma lista de regras a ser lida como processo de iniciação das sessões e para o qual existiu uma tabela de classificação comportamental como processo de finalização). Pode consultar-se no anexo A um exemplo de um plano de sessão da **A.B.**

Percebeu-se ainda que a **A.B.** é uma criança com grandes dificuldades no que diz respeito aos conceitos aritméticos, especificamente no sentido de número (maior, menor, mais, menos, antes, depois).

Foi possível observar uma melhoria em termos comportamentais na **A.B.**, que se interessou em obter uma classificação positiva do seu comportamento no final de cada sessão. Foi notório o prazer em colaborar e cooperar com a estagiária em cada atividade.

#### **4.2.1.3 Caso 3**

A **D** é uma criança com 6 anos, do sexo feminino, a frequentar o pré-escolar. Apresenta como diagnóstico atraso do desenvolvimento da linguagem e défice de atenção. Tem prescritas as valências psicologia e terapia da fala. Realizou avaliação psicomotora, da qual se observou que a **D** é uma criança com grandes dificuldades ao nível da capacidade de resolução de problemas, na generalização de conhecimentos e na manutenção da atenção (nomeadamente na inibição de estímulos menos importantes e na manutenção da atenção sustentada e seletiva).

A **D** não seguiu para intervenção em psicomotricidade.

#### **4.2.1.4 Caso 4**

O **H** é uma criança com 11 anos, do sexo masculino, a frequentar o 4º ano de escolaridade, embora que ainda com conteúdos do 3º. Apresenta como diagnóstico perturbação do desenvolvimento intelectual com repercussão ao nível da comunicação e aprendizagem. Tem prescritas as valências psicologia e terapia da fala. Cessou intervenção psicomotora a meio, frequentando apenas quatro sessões em psicomotricidade. É uma criança simpática e carinhosa, demonstrando-se sempre obediente na relação de um para um. Apresenta dificuldade em manter o contacto ocular e, em relação ao perfil comunicativo, necessita de ser estimulado de forma a explorar o tema de conversação. É um menino com grandes carências afetivas, devido a um ambiente familiar desestruturado, com registos de alcoolismo e violência doméstica no passado.

Relativamente à avaliação, o **H** foi avaliada com recurso à BPM e ao SAC. No que diz respeito ao desenvolvimento psicomotor foram detetadas grandes dificuldades,

principalmente, ao nível da tonicidade (revelando rigidez postural), equilíbrio e coordenação motora. Quanto ao funcionamento cognitivo, o H revelou resultados muito inferiores à média, em comparação com o esperado para a faixa etária. Foi então sugerido, além dos fatores psicomotores referidos anteriormente, um trabalho ao nível da atenção, planificação motora e capacidade de resolução de problemas.

Tendo em conta o número de sessões frequentadas, não foi possível realizar um trabalho coerente nem obter resultados relativos aos objetivos determinados.

#### **4.2.1.5 Caso 5**

O **J** é uma criança com 10 anos, do sexo masculino, a frequentar o 4º ano de escolaridade. Apresenta como diagnóstico défice cognitivo e PHDA (défice de atenção). Tem prescrita a valência Psicologia. Beneficiou de avaliação e intervenção psicomotora.

A avaliação foi realizada através da aplicação da BPM e do SAC.

Relativamente ao desenvolvimento psicomotor e, após a análise descritiva dos fatores e subfatores, percebe-se que o **J** apresenta como áreas menos fortes a praxia global e a praxia fina.

Quanto aos processos cognitivos avaliados, o **J** revela grandes dificuldades no que respeita, principalmente, aos processos de planificação, atenção e processamento sucessivo.

Tendo em conta o exposto, a intervenção com o **J** teve como objetivos principais a promoção da capacidade para manter e focar a atenção, a promoção da capacidade para antecipar, planear e executar uma ação; a estimulação da coordenação óculo-manual e óculo pedal e, a potencialização da destreza manual. Em concordância com estes objetivos, a intervenção incidiu ainda sobre a autonomia pessoal e social, trabalhando no sentido de aprimorar a autoconfiança, de promover a desinibição e desenvolver a capacidade de orientação espacial e temporal (morada, idade, dia, mês e ano). Deste modo, é possível consultar no anexo C um exemplo de um plano de sessão do **J**.

Ao longo das primeiras abordagens, o **J** apresentou-se muito reservado, sem iniciativa de conversação nem espontaneidade e apresentando-se constantemente com um ar apático. Com o decorrer das sessões, o **J** tornou-se mais recetivo à interação, partilhando momentos e experiências pessoais e, demonstrando interesse nos tópicos de conversação iniciados pela estagiária, bem como pelas atividades propostas. Verificou-se iniciativa para propor tarefas e para criar as próprias atividades.

#### **4.2.1.6 Caso 7**

O **P** é uma criança com 13 anos, do sexo masculino, a frequentar o 6º ano de Escolaridade do Ensino Especial. Apresenta como diagnóstico dificuldades de aprendizagem ao nível da leitura e escrita, imaturidade psicoafetiva, défice de atenção e perturbação do comportamento (desafiador e opositor). Tem prescritas as valências psicologia e terapia da fala. Beneficiou de avaliação e intervenção psicomotora.

O **P** é uma criança simpática e carinhosa, demonstrando-se respeitador das regras num contexto de um para um, realidade oposta quando se encontra em grupo, onde revela um comportamento opositor e desafiador. Apresenta uma fraca tolerância à frustração e baixa autoconfiança. Registaram-se grandes dificuldades na leitura e nas restantes atividades académicas.

Através da avaliação com recurso à BPM e ao SAC, foi então sugerida uma intervenção direcionada para a autorregulação do comportamento, através de atividades lúdicas e estimulantes. Para isso foram propostas atividades que envolvessem a promoção da equilíbrio e da orientação e organização espaço-temporal, ao mesmo tempo que foi trabalhada a capacidade para manter o foco atencional, a capacidade de inibir impulsos e a planificação das ações, bem como a capacidade de resolução de problemas (consultar exemplo de um plano de sessão no anexo D).

Com o sessar das sessões, verificaram-se algumas melhorias, especialmente a nível comportamental, como são exemplo um maior tempo de atenção na instrução das atividades, uma maior organização na realização das mesmas e na colaboração da distribuição e arrumação do material, e ainda uma melhoria ao nível da inibição de impulsos quando em sessões conjuntas com outro caso.

#### **4.2.1.7 Caso 8**

A **T.M** é uma criança com 12 anos, do sexo feminino, a frequentar o 6º ano de escolaridade. Apresenta como diagnóstico défice cognitivo, alterações ao nível da linguagem e défice de atenção. Tem prescrita a valência psicologia e beneficiou de avaliação e intervenção psicomotora.

A **T.M** é uma jovem muito tímida e insegura, que revela compreensão do que lhe é solicitado, mas as suas respostas são dadas num tom de voz baixo e um discurso pouco espontâneo. É uma criança pouco motivada para a aprendizagem escolar, desistindo com facilidade perante os obstáculos com que se depara, demonstrando pouca persistência e pouca flexibilidade mental.

Ao longo do processo terapêutico foram realizadas atividades lúdicas, orientadas principalmente para trabalhar os processos da atenção, planificação das ações e a autonomia, desenvolvendo e potenciando também competências ao nível da autoconfiança, bem como a tolerância à frustração (fatores estes, que interferem diretamente em todas as aprendizagens e relações interpessoais da **T.M**). Foi proposto também um trabalho relacionado com a autonomia da **T.M**, que incidiu principalmente ao nível da orientação espacial e temporal (e.g., morada, cidade, concelho, país, horas, dias da semana, meses, ano, estações do ano).

#### **4.2.1.8 Caso 9**

O **T** é um jovem com 14 anos, do sexo masculino, a frequentar o 7º ano de escolaridade. Apresenta como diagnóstico perturbação do desenvolvimento intelectual com perturbação do comportamento disruptivo. Tem prescrita a valência Psicologia e beneficiou de avaliação e intervenção psicomotora.

O **T** é irmão do caso 5 (**H**), vivenciando o mesmo ambiente desestruturado. É um jovem com grandes carências afetivas, adaptado aos diferentes envolvimento em que se encontra. Apresenta períodos de pior comportamento quando se encontra com os pares. Demonstra uma boa capacidade de comunicação, interação e cooperação em contexto individual. Respeita os turnos comunicativos e estabelece contacto ocular. Apresenta muitas dificuldades ao nível da expressão corporal.

Da avaliação efetuada com recurso ao SAC observou-se que o **T** apresenta compromisso, nomeadamente ao nível dos fatores atencionais, da concentração e das funções executivas, mais especificamente no que diz respeito aos processos de antecipação e planeamento da ação motora, bem como na inibição de impulsos e autocontrolo, justificando deste modo as dificuldades ao nível da aquisição de novas aprendizagens. Para isso, foram realizadas atividades lúdicas orientadas e com objetivos específicos determinados, nomeadamente circuitos psicomotores, bem como atividades, com tarefas que implicaram o recurso à memória, à atenção/concentração, à inibição de impulsos, planificação e antecipação motora e à capacidade de resolução de problemas. Foi, igualmente estimulada a capacidade de espírito de crítica e raciocínio lógico, solicitando ao jovem que explorasse a sua opinião acerca de determinados temas (consultar exemplo de um plano de sessão no anexo D).

Ao nível dos processos cognitivos o **T** continua a revelar dificuldades (nomeadamente em aceder às suas habilidades para resolver problemas; identificar e selecionar as

estratégias adequadas; organizar informação; monitorizar os processos de resolução de problemas; generalizar estratégias para as situações apropriadas).

#### **4.2.1.9 Caso 10**

O L é uma criança com 7 anos a frequentar o 1º ano de escolaridade. Apresenta como diagnóstico atraso do desenvolvimento da linguagem/fala, da motricidade global e raciocínio prático, défice de atenção, imaturidade psicoafetiva e agitação psicomotora. Tem prescritas as valências psicologia, terapia da fala e terapia ocupacional. Realizou avaliação psicomotora, a pedido da psicóloga. Da avaliação efetuada com recurso à BPM resultou um perfil Dispráxico, resultado este que corrobora com uma avaliação, através do mesmo instrumento, com data registada em 2013. A observação informal corrobora com a avaliação formal.

O L não fez parte da intervenção psicomotora.

### **4.2.2 Caracterização do Estudo de Caso**

#### **4.2.2.1 Dados da Anamnese**

A C, do género feminino, nasceu a 22 de dezembro de 2005 e tem, atualmente, 11 anos de idade. A C começou por ser acompanhada no Psicosorrir há três anos, como consequência de queixas relativas à falta de concentração na sala de aula. É uma criança que não apresenta nenhuma patologia, com um desenvolvimento típico, não se verificando, igualmente, patologias hereditárias. Os resultados da intervenção realizada no Psicosorrir são, até à data, considerados muito positivos.

Relativamente ao ambiente familiar, a C vive com o pai (34 anos, desempregado), com a mãe (31 anos, empregada de balcão) e com a irmã (12 anos, 6º ano do ensino básico). No mesmo sentido, e no que diz respeito ao relacionamento familiar, a mãe assume-se como principal cuidador e relata que são realizadas algumas atividades por dia entre os familiares mais próximos. Ao longo de determinado período o pai da C esteve ausente do ceio familiar. No que se relaciona com a imposição de regras e rotinas, os pais nem sempre se encontram de acordo, desautorizando-se mutuamente em frente da criança. Não são utilizadas recompensas nem castigos ao comportamento bom/mau da C.

No que diz respeito ao sono, a C dorme habitualmente cerca de 10h por noite, não tem pesadelos frequentes e não necessita de companhia para adormecer. Contudo, a C acorda a meio da noite e gosta de ir para a cama dos pais, embora partilhe quarto com a irmã.

Quanto à autonomia, a C ainda não se veste nem toma banho sozinha, necessitando do auxílio da mãe. Após o banho, a casa de banho fica que nem um “pandemónio”. É uma criança com falta de organização, nomeadamente na arrumação dos brinquedos, e não ajuda nas tarefas domésticas. Embora este seja o panorama diário, segundo a mãe, a C é uma criança capaz de arrumar a sua roupa e o seu material escolar de forma autónoma.

Quanto ao comportamento sócio emocional, a Mãe relata que a C é uma criança com uma boa reação à interação com familiares, não apresentando o mesmo padrão à interação com estranhos. Brinca com adultos e outras crianças, no entanto não brinca sozinha. O seu grupo de amigos ronda as idades entre os 10/11 anos de idade, e caracteriza-se como sendo um grupo numeroso.

Verificando os antecedentes pré-natais, sabe-se que a C não foi uma gravidez planeada, no entanto foi uma gravidez desejada, acompanhada e com todos os cuidados necessários. Não há registo de ingestão de bebidas alcoólicas nem consumo de tabaco ao longo da gestação e não é declarada nenhuma situação negativa durante a mesma. A C nasceu com 3,280Kg e 50 cm, de parto normal. Não se registaram complicações após o parto.

Na história de desenvolvimento psicomotor, a mãe não se recorda da idade do alcance da maioria dos marcos desenvolvimentais, como o primeiro sorriso, o controlo cefálico, o virar-se, sentar com e sem apoio, gatinhar e ficar em pé com e sem apoio. A C começou a dar os primeiros passos por volta dos 9 meses de idade e fez o controlo dos esfíncteres, diurno e noturno, por volta dos 2,5 anos. A progenitora relata que esta foi uma aprendizagem fácil de adquirir. Não há registos, segundo a mãe, de problemas de locomoção, postura ou coordenação.

Quanto à aquisição da linguagem, a C não apresentou nenhum problema associado.

Relativamente ao percurso escolar, a C não frequentou a creche, dando entrada apenas no infantário por volta dos 3 anos, onde permaneceu até aos 5. Entrou para o primeiro ciclo com 5 anos, idade com que começou a ler, e iniciou a aprendizagem da escrita com 6 anos de idade. Reprovou no 2º e 3º ano de escolaridade. A escola foi sempre a mesma e a C integrou-se de forma adequada, embora a turma se tenha alterado ao longo dos anos. A criança afirma ter como áreas prediletas a educação física, estudo do meio e inglês. A Mãe refere-se às notas como sendo fracas. A C não tem apoio fora da escola, e dedica por média 30 minutos ao estudo em casa. O local para fazer os trabalhos de casa e estudar é na cozinha onde não existe nenhuma fonte de distração além da mãe a

cozinhar. A C não frequenta atividades extracurriculares. Atualmente frequenta o 4º ano de escolaridade, com uma professora diferente da dos anos anteriores.

A Mãe descreve a C como sendo uma criança apática mas, ao mesmo tempo, muito agitada. Tal explica-se pelo facto de a C apresentar uma grande desmotivação no que se refere a tarefas e atividades exigentes e formais, pelo que a “apatia” relatada pela mãe se pode referir aos momentos de desmotivação da criança.

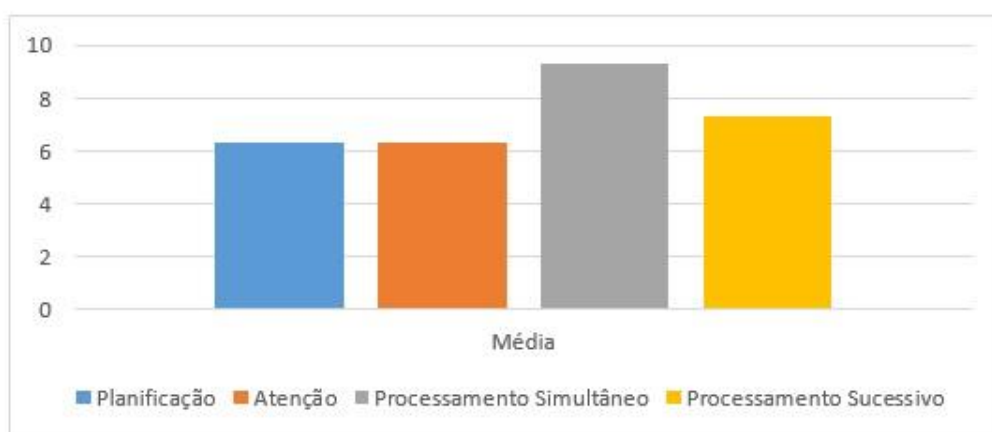
É de importância referir ainda que a C é uma criança que revela imaturidade psicoafetiva, o que se observa tanto pelos comentários da mãe relativos a episódios de birra e ciúmes relativos à irmã, como pelos comportamentos de birra mais tarde observados nas sessões, ao gosto por brincar com materiais não adequados à idade e pelos relatos da psicóloga que acompanha a C há três anos.

#### **4.2.2.2 Resultados da Avaliação Inicial**

Posteriormente à avaliação realizada pela psicóloga e após se verificar que a C apresenta uma capacidade intelectual dentro dos padrões normais esperados para a idade, foi realizada, pela estagiária, uma avaliação cognitiva, seguida de uma avaliação psicomotora e, mais tarde, uma reavaliação da leitura com recurso à PADD.

Assim sendo, tal como foi referido anteriormente, o processo de intervenção iniciou-se com a avaliação dos processos cognitivos com recurso ao SAC. Dessa forma podem consultar-se os resultados expostos na figura 2.

Figura 2 - Resultados obtidos na Avaliação Cognitiva com recurso ao SAC

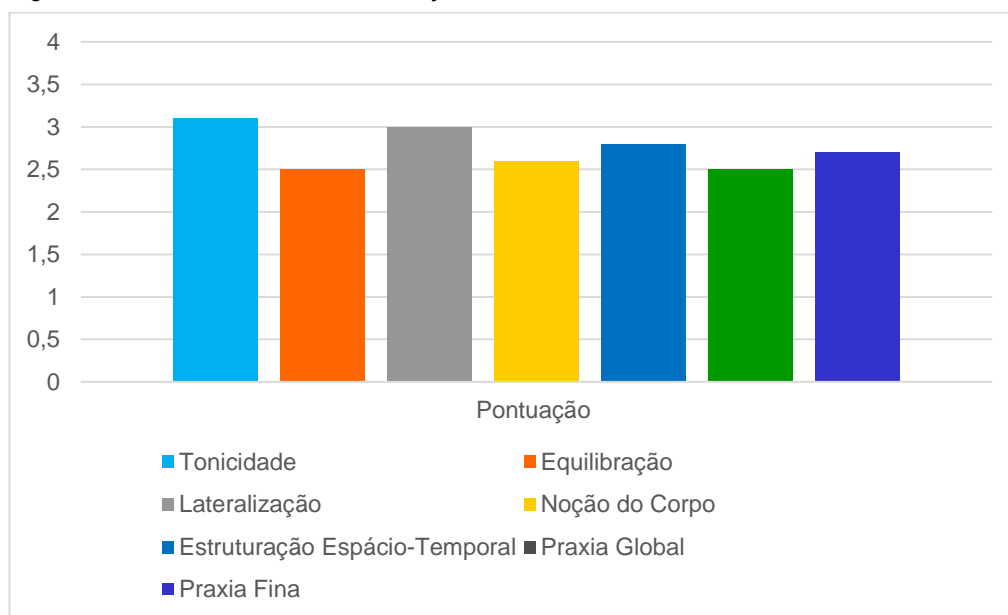


Estes resultados foram obtidos de acordo com a faixa etária da C e comparados com a média (10). Torna-se assim perceptível que a C apresentou resultados muito

inferiores à média nos processos cognitivos avaliados, à exceção do Processamento Simultâneo.

Após a avaliação com recurso ao SAC foi realizada a avaliação do perfil psicomotor com recurso à BPM. Na figura 3 podem consultar-se as pontuações finais de cada fator da BPM.

Figura 3 - Resultados obtidos na Avaliação Psicomotora com recurso à BPM



Constata-se que a C apresenta então um perfil psicomotor Normal (14-21 pontos), com uma cotação final de 19.2 pontos. Embora o seu perfil psicomotor seja normal, é possível verificar que a C apresenta a maioria dos fatores com desenvolvimento imaturo, advindo daí diversas dificuldades, discutidas mais à frente.

Relativamente à reavaliação com recurso à PADD, a C mantém o mesmo quadro da avaliação anteriormente realizada pela psicóloga (mês e ano), querendo isto dizer que a C apresenta igualmente dificuldades ao nível da consciência fonológica (fusão de fonemas e subtração de fonemas) e da leitura de palavras (nomeadamente palavras curtas e frequentes; palavras curtas pouco frequentes; palavras compridas frequentes; palavras compridas pouco frequentes; pseudopalavras curtas e pseudopalavras compridas). Foram ainda observados erros relacionados com a adição, subtração e substituição de fonemas. Também continua a apresentar dificuldades quer ao nível da velocidade e precisão, quer no âmbito da compreensão. Evidencia padrões pobres de movimento dos olhos, notando-se fixações prolongadas e com dominância pouco definida.



#### **4.2.2.3 Análise e Discussão dos Resultados**

Após a análise dos resultados da avaliação cognitiva foi possível verificar que a C apresenta dificuldades no que respeita aos processos de planificação, atenção e processamento sucessivo. Quer isto dizer que, no que diz respeito ao processo Planificação, a C demonstra dificuldades relacionadas com o planeamento de ações, com a organização das ideias (e.g., tarefas académicas), com problemas de autocontrolo, com dificuldades na tomada de decisão em atividades ou em situações que envolvam a resolução de problemas e ainda na verificação da validade das decisões tomadas (Das et al., 2001 in Cruz, 2005).

Além das dificuldades atencionais, verificou-se também que a C apresenta dificuldades ao nível da compreensão dos estímulos como tendo uma ordem específica e em série, tal como nos diz Das e Naglieri (1997 in Cruz, 2005). Como exemplo prático percebe-se este processo cognitivo através da compreensão de uma frase (e.g., o cão mordeu no João), onde a ordem pela qual a frase é escrita faz a diferença para a sua compreensão e para saber responder a questões (e.g., “quem ficou ferido?”) (Das e Naglieri, 1997 in Cruz, 2005).

Estes são resultados que corroboram com a avaliação da WISC-III, realizada em outubro de 2015 pela psicóloga, onde se verificou que a C apresenta dificuldades de aprendizagem, associadas a níveis de ansiedade que se manifestam pela falta de planeamento e verificação. Além destas dificuldades, constatou-se nesta avaliação que a C apresenta dificuldades em focalizar a atenção e concentração em determinadas tarefas.

No que reporta à avaliação psicomotora constatou-se que a C apresenta um perfil psicomotor Normal (19.2 pontos). No entanto, tal como se pode observar na figura 3 existem fatores psicomotores que se encontram imaturos, nomeadamente a equilibração, a noção do corpo, a estruturação espaço-temporal, a praxia global e a praxia fina. Assim sendo, analisando os fatores considerados imaturos, percebe-se que a C apresenta grandes dificuldades ao nível do equilíbrio estático. Quer isto dizer que a C se revelou uma criança instável, uma vez que se observaram oscilações e instabilidade na realização das tarefas, o que corrobora com a informação que Fonseca (2010a) nos apresenta. Também apresentou dificuldades no que diz respeito ao equilíbrio dinâmico nos saltos unipedais, a pés juntos para trás e pés juntos de olhos fechados. Imaturidade ao nível da equilibração corrobora com a dificuldade atencional e com os problemas de planificação constatados nas avaliações cognitivas realizadas à C, uma vez que Fonseca (2010a) nos diz que problemas relacionados com a equilibração estão, por norma, associados a problemas ao nível dos processos de atenção seletiva e no autocontrolo. Esta ligação surge, uma vez

que a equilibração é um fator psicomotor correspondente à primeira unidade funcional de Luria, onde residem os processos de atenção, sono, seleção da informação, regulação, vigilância, inibição e integração sensoriomotora (Fonseca, 2010a).

Relativamente à noção do corpo, a C revelou um desempenho ajustado no sentido cinestésico, no reconhecimento direita/esquerda e no desenho do corpo. Contrariamente, observou-se um desempenho imaturo na autoimagem e na imitação de gestos. De acordo com Fonseca (2010a) é evidente a existência de uma relação de causalidade entre as dificuldades de aprendizagem e a fraca autoimagem e autoconfiança, dados que corroboram com os resultados observados na BPM.

Quanto ao fator estruturação espaço-temporal, a C apresenta uma boa capacidade de organização no espaço, embora os relatos da mãe sigam em sentido contrário. Contudo o desempenho ao nível da estruturação rítmica revelou-se abaixo do esperado, constatando-se assim que o processamento auditivo imediato da C é lento e vulnerável, o que leva a respostas impulsivas sem reflexão prévia (Fonseca, 2010a), dados que comprovam com os resultados anteriormente referidos. O mesmo autor, citando Bateman (1966) diz-nos ainda que problemas ao nível da audiomotricidade afetam diretamente as aprendizagens escolares, nomeadamente a leitura.

Quanto à praxia global, este fator revelou-se imaturo, principalmente ao nível da coordenação óculo-manual e óculo-pedal, o que se deveu essencialmente à falta de antecipação e planeamento motor e ao facto de a C não ter tido em conta a distância e a direção da bola. É de conhecimento que as funções executivas costumam representar uma dificuldade para as crianças com PHDA (Silva e Santos, 2014). Assim sendo, não é de estranhar que o desempenho em tarefas que impliquem o planeamento motor, e assim as funções executivas, esteja abaixo da média nestas crianças. Tal como foi observado nas avaliações e, de acordo com os dados da literatura, os resultados convergem.

Por fim, no que diz respeito ao fator praxia fina, a C revelou dificuldades ao nível da coordenação dinâmica manual e na velocidade-precisão dos movimentos. Note-se que, de acordo com Fonseca (2010a) estes resultados nos levam para refletir sobre um conjunto de problemas que estão intimamente relacionados com as aprendizagens humanas (leitura, escrita, matemática e educação visual). Esses problemas podem ser perceptivo-visuais, propriocetivos, de coordenação, de inibição cerebelosa e de automatização (Fonseca, 2010a). Imaturidade no desenvolvimento da praxia fina reflete imaturidade no controlo frontal, onde se encontram, além das capacidades de autorregulação e autocontrolo (Luria, 1973 cit in Fonseca, 2010a), “a atenção selectiva, a programação das acções, a regulação dos estados activos, a implementação de

estratégias de pesquisa, a elaboração de operações mentais, a observação activa (Fonseca, 2010a, p.243)". Deste modo, e frisando a ideia proposta anteriormente, à imaturidade no desenvolvimento das praxias global e fina podem estar associados problemas de planificação motora e, assim, representar dificuldades nas capacidades intrínsecas aos lobos frontais (Fonseca, 2010a).

#### **4.2.2.4 Intervenção com a C**

Após a fase de observação e estabelecimento da relação terapêutica, deu-se início à intervenção com a realização da avaliação inicial (cognitiva e psicomotora). Assim sendo, foi possível criar um plano de intervenção adequado às dificuldades e necessidades da C. Foi ainda referido anteriormente que a meio da intervenção se realizou uma reavaliação com recurso à PADD. Desta avaliação percebeu-se que a C apresenta dificuldades na leitura, nomeadamente no uso da via sub-léxica, portanto de cariz fonológico e com dificuldade ao nível da conversão de grafemas em fonemas. Estas dificuldades parecem interferir significativamente com o rendimento escolar e com as atividades da vida quotidiana que exigem aptidões de leitura e escrita.

Com efeito, a intervenção junto da C teve como base a promoção dos fatores psicomotores considerados imaturos com base na avaliação realizada com a BPM, requerendo, simultaneamente, a promoção dos processos cognitivos inerentes a qualquer aprendizagem (nomeadamente a escolar). Como veremos na tabela 5, o processo terapêutico recaiu sobre a promoção do equilíbrio e da motricidade global, sobre os processos de planificação e a capacidade de resolução de problemas, sobre a memória e a gestão emocional.

É ainda possível observar um exemplo de um plano de sessão da C, consultando o anexo B.

Tabela 5 - Objetivos propostos para intervenção

<b>Objetivos gerais</b>	<b>Objetivos específicos</b>
Promover a gestão emocional e comportamental	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Potencializar a capacidade de gerir emoções;</li> <li>• Desenvolver a capacidade de tolerância à frustração;</li> <li>• Estimular a motivação;</li> <li>• Estimular a empatia, a cumplicidade e o interesse mútuo na relação terapêutica.</li> </ul>
Promover a equilibração	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Potenciar o equilíbrio dinâmico.</li> </ul>
Promover a praxia global	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover a coordenação óculo-manual e óculo-podal</li> </ul>
Promover a capacidade de planificação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover a capacidade de utilização de estratégias de resolução de problemas;</li> <li>• Desenvolver a capacidade de antecipar, planejar, executar e manter a ação.</li> </ul>
Promover os processos atencionais	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover a capacidade de focalizar a atenção direcionada;</li> <li>• Promover a atenção sustentada e seletiva;</li> <li>• Trabalhar a capacidade de seleção de estímulos auditivos.</li> </ul>

Ao longo da intervenção, a C foi sempre acompanhada pela mãe às consultas semanais, apresentando-se sempre com um aspeto cuidado e asseado ao longo do processo interventivo, registando uma postura adequada ao contexto. Inicialmente apresentou-se muito reservada, contudo o desenvolvimento de uma relação terapêutica de confiança possibilitou um trabalho mais harmonioso.

Verificou-se como padrão comportamental uma desmotivação face às atividades realizadas, quer fossem atividades formais ou informais. Sempre que as atividades foram percecionadas como exigentes, o foco atencional perdeu-se e, foi então necessário recorrer ao incentivo e reforço positivo.

O processo terapêutico junto da C teve em conta a sua singularidade, nomeadamente ao nível dos processos cognitivos e ao nível comportamental e emocional (autocontrolo da impulsividade, ansiedade e gestão das emoções), tal como se pode observar na tabela 6.

Deste modo, ao longo do processo terapêutico verificaram-se progressos subtile, especialmente a nível comportamental. No entanto, a C continua a revelar falta de motivação, perda de energia, associados à baixa autoestima, baixo autoconceito académico e insegurança.

Torna-se essencial referir ainda, que a C é uma criança que retira um enorme “prazer” de atividades motoras e desportivas, pelo que foram realizadas, ao longo da intervenção, atividades lúdicas, com recurso aos fatores psicomotores que se revelaram imaturos, de modo a motivar a C à participação e à superação das suas dificuldades e frustrações.

Direcionando a atenção para as atividades propostas, no sentido de alcançar os objetivos supracitados, registaram-se alguns exemplos de atividades-tipo:

Tabela 6 - Exemplos de atividades-tipo para alcançar os objetivos propostos

Objetivos propostos	Exemplos de atividades-tipo
Promover a gestão emocional e comportamental	Realização de atividades motoras com bola; Atividades que exijam a colaboração entre a estagiária e a criança; Permitir a criação, por parte da criança, de atividades com base no material fornecido; Permitir à própria criança organizar o material.
Promoção da Equilibração e Praxia Global	Circuitos psicomotores (com obstáculos); Atividades de coordenação óculo-manual (e.g. tiro ao alvo) e óculo-pedal.
Promoção da capacidade de planificação	Realização de tarefas que não apresentem uma solução evidente (enigma, caça ao tesouro, puzzle); Realização de tarefas que obriguem a criança a planear a ação e a prever as consequências das decisões tomadas (e.g. circuitos psicomotores com obstáculos, jogo do galo, entre outros).
Promover a manutenção da atenção	Realização de atividades para encontrar o intruso/objeto escondido; Circuitos psicomotores; Jogos para encontrar as diferenças; Atividades com música (com a realização de movimentos em diferentes ritmos); Ouvir/ler histórias e representá-las através do desenho; Bingo da matemática.

Quanto à avaliação final, esta não foi possível de realizar, uma vez que no dia estipulado para a sessão de avaliação a C se encontrou doente. Houve a tentativa de realização desta mesma avaliação mais tarde, no entanto a mãe decidiu que a C não iria continuar nenhuma das terapias (psicologia e psicomotricidade), alegando cansaço relativo à rotina e correria do dia-a-dia e necessidade de suspender as intervenções.

Assim sendo, com o fim do ano letivo e, com o cessar das sessões, foi possível constatar (através da observação realizada ao longo da intervenção) que ao nível da leitura e escrita se observaram melhorias, porém a C apresenta ainda dificuldades relacionadas com uma leitura hesitante e uma escrita com produção de erros evidenciando uma performance que se situa abaixo do nível esperado em função da sua idade cronológica e nível de escolaridade.

Ao longo da intervenção e, sobretudo em tarefas mais exigentes foi evidente um baixo nível de resistência ao esforço cognitivo. No dia-a-dia da C estas dificuldades parecem refletir-se na execução das atividades e num cansaço que a leva ao alheamento das tarefas escolares e à diminuição da qualidade do tempo.

Os seus comportamentos, bem como as suas reações denotam ainda um défice ao nível do autocontrolo e da inibição de respostas impulsivas revelando poucas estratégias de resolução de problemas.

Persistem ainda ao nível emocional imaturidade, insegurança, baixa autoestima, baixa autoconfiança e baixo autoconceito académico.

Atendendo ao exposto, e por forma a possibilitar uma maior funcionalidade e autonomia da criança, foi decidido em equipa que a C beneficiaria de um programa de intervenção que envolva a família, a comunidade escolar, bem como o serviço de Psicologia Clínica, Terapia da Fala e Psicomotricidade em contexto clínico.

## Conclusão

Depois de todo o trabalho de pesquisa realizado estamos agora em condições de tecer algumas conclusões relativamente ao tema que nos ocupa no presente relatório. Não poderíamos, antes de mais, deixar de enaltecer a importância do estágio, quer a nível pessoal como profissional. Ao longo deste percurso várias foram as relações estabelecidas que permitiram a realização de um trabalho enriquecedor. Importa mencionar que, para além de todas as relações referidas, quer seja com os pais das crianças, quer seja com as próprias crianças, foi de extrema importância trabalhar numa equipa multidisciplinar onde a troca de informações e soluções é imperativa.

O presente relatório de estágio abordou a intervenção com as DAE (especificamente, a dislexia) e a PHDA. Assim sendo, e no que diz respeito às DAE, sabe-se hoje que este é um tema onde não existem grandes consensos (Cruz, 2009). Isto traduz-se na importância e na necessidade da conjugação do trabalho de profissionais de diversas áreas (como são exemplo a neurologia, a psicologia, a pedagogia e a sociologia), de onde resulta um diagnóstico e uma intervenção que tem em consideração a personalidade e as vastas dimensões do indivíduo (Cruz, 2009). Ao diagnóstico de DAE, tal como foi referido anteriormente, pode estar associado um outro diagnóstico comum, a PHDA (Brown et al., 2001 cit in Pallarés, 2002). Da pesquisa efetuada, verificou-se que existem características comuns aos dois diagnósticos, como é o caso das funções executivas (memória de trabalho, fluência verbal, controlo inibitório, capacidade de resolução de problemas) (Reiter et al., 2005, in Dias, Menezes e Seabra, 2010).

Falando especificamente no estudo de caso selecionado, a estagiária salienta que este foi um caso particularmente difícil de conquistar. Além das dificuldades relacionadas com o diagnóstico de Dislexia (fonológica) e PHDA que a C apresenta, a estagiária deparou-se com uma criança altamente desmotivada, com quem foi difícil criar uma relação terapêutica estável. As avaliações, com exceção da avaliação psicomotora com recurso à BPM, foram realizadas na presença da psicóloga, impulsionando, desta forma, a colaboração da C. Cada semana se pautou por um estado de humor oscilante, querendo isto dizer que havia semanas em que a C se encontrava bem-disposta e contribuía para o bom desenrolar da sessão, e havia semanas em que a C simplesmente não colaborava. Rapidamente se percebeu que este era já um comportamento habitual e que estas oscilações de humor eram evidentes, sobretudo quando a irmã e a mãe ficavam juntas enquanto esperavam o final da sessão. Atividades desportivas foram o grande alicerce para a intervenção, tendo sido utilizadas de modo a motivar e compensar a C pela

realização de atividades mais formais e consideradas exigentes pela mesma. Sucintamente, note-se que o principal obstáculo à intervenção com a C foi o seu estado emocional, tendo sido, deste modo, o principal objetivo conseguir criar uma relação empática e de confiança entre a criança e a estagiária. Após intervenção registou-se ainda a existência de alguns défices respeitantes ao autocontrolo e à inibição de impulsos, observando-se desta forma poucas estratégias de resolução de problemas. Os sentimentos de insegurança, a baixa autoestima e autoconfiança são características emocionais que ainda persistem e que têm vindo a ser trabalhadas também pela psicóloga ao longo dos três anos em que a criança frequentou a clínica.

Relativamente à prática profissional da estagiária, e referindo o momento inicial das suas intervenções autónomas, foi evidente a insegurança presente, principalmente na aplicação dos instrumentos de avaliação. Contudo, essa insegurança foi-se dissipando à medida que as intervenções se foram desenvolvendo e também com o apoio e orientações necessários. A aprendizagem constante, feita através da comunicação e contacto com outras áreas e profissionais, foi uma mais-valia no crescimento pessoal e profissional. Considera-se fundamental saber respeitar os limites de cada área e saber aceitar diferentes opiniões sobre um mesmo assunto. Sabe-se, nesta profissão, que todos temos um objetivo principal em comum que é, neste caso, a criança.

Ao longo do ano foram sentidas diversas dificuldades e limitações. Neste sentido, considera-se que o estabelecimento de objetivos de intervenção, priorizando uns relativamente a outros, consoante o tempo de intervenção foi uma dessas dificuldades. O facto de os casos acompanhados pertencerem a uma faixa etária entre os 9 e os 14 anos tornou-se, a início, uma dificuldade, uma vez que estas são idades com as quais a estagiária ainda não tinha contactado diretamente. As intervenções foram, por vezes, limitadas em termos de espaço interior da instituição, uma vez que esta não dispõe de salas grandes. No entanto, em dias de bom tempo a estagiária aproveitou o espaço exterior para realizar atividades amplas e dinâmicas.

Durante o ano letivo em que o estágio decorreu, 2015/2016, e através do contacto com as diferentes populações e faixas etárias foi possível verificar de forma clara e objetiva a extrema importância da psicomotricidade e a necessidade da sua inclusão, não só em instituições deste tipo, como nas escolas. Posto isto, é legítimo afirmar que existe uma lacuna no desenvolvimento das capacidades psicomotoras em detrimento das exigências académicas.

Torna-se, ainda, essencial mencionar que a recepção e o acolhimento por parte da clínica desempenhou um papel crucial na integração e no trabalho realizado pela estagiária.

O estágio permitiu aprofundar os conhecimentos sobre a prática profissional, revelando-se imprescindível na aplicação de diferentes instrumentos de avaliação, no estabelecimento de objetivos e na identificação das necessidades de cada criança. Tendo em consideração a individualidade de cada um, foram surgindo os mais diversos obstáculos, o que exigiu à estagiária a aplicação de inúmeras estratégias necessárias para a criação da relação empática essencial ao sucesso da intervenção.



## Referências Bibliográficas

- Afonso, S. (2014). O que é a PHDA. In Mergulhão e Dimas (Eds), *Hiperatividade e défice de atenção: As respostas que pais e professores procuram* (pp.17-20). Lisboa: Verso da Kapa.
- Amen, D. (2013). *Mude de cérebro, mude de vida*. Lisboa: Pergaminho.
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM 5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Artmed
- Antunes, N. (2011). *Mal-entendidos: da hiperactividade à síndrome de asperger, da dislexia às perturbações do sono*. Lisboa: Verso da Kapa.
- APP. (2011). Regulamento Profissional dos Psicomotricistas Portugueses. Lisboa.
- Atienza, J. (2006). *Comorbilidad en el tdah adhd and comorbidity*. *Revista de Psiquiatria y Psicología del niño y del adolescente*, 6(1), 44-55.
- Carreteiro, R. (2005). *PADD–Prova de Análise e Despiste da Dislexia*. Alverca: Psiclínica.
- Correia, L. (2004). Problematização das dificuldades de aprendizagem nas necessidades educativas especiais. *Análise psicológica*, 22(2), 369-376.
- Correia, L. (2007). Para uma definição portuguesa de dificuldades de aprendizagem específicas. *Revista brasileira educação especial*, 13(2), 155-172.
- Costa, D., Azambuja, L., Portuguese, M. e Costa, J. (2004). Avaliação neuropsicológica da criança. *Jornal de Pediatria*, 80(2), 111-116.
- Cruz, V. (2005). Uma abordagem cognitiva às dificuldades na leitura: avaliação e intervenção (Tese de Doutoramento, Faculdade de Motricidade Humana, Lisboa). Retirado de <http://www.repository.utl.pt/handle/10400.5/6766>.
- Cruz, V. (2007). O Cognitive Assessment System como instrumento de avaliação psicológica. *Psic: revista da Vetor Editora*, 8(1), 31-40.
- Cruz, V. (2009). *Dificuldades de aprendizagem específicas*. Lidel.
- Cuenca, F. & Rodao, F. (2002). *Como desenvolver a psicomotricidade na criança*. Porto Editora.
- Dias, N., Menezes, A. e Seabra, A. (2010). Alterações das funções executivas em crianças e adolescentes. *Estudos interdisciplinares em Psicologia*, 1(1), 80-95.
- Dias, T. (2009). Caracterização do perfil psicomotor de uma criança com perturbação específica do desenvolvimento da linguagem e dislexia – Estudo de caso (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Castelo Branco. ESECB

- Dockrell, J., e Mcshane, J. (2000). Crianças com dificuldades de aprendizagem: uma abordagem cognitiva. Artmed;
- Fernandes, E., e António, J. (2004). Perturbação de hiperactividade com défice de atenção. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 20(4), 451-4.
- Fonseca, V. (2001). *Psicomotricidade: perspectivas multidisciplinares*. Âncora Editora.
- Fonseca, V. (2005). Desenvolvimento psicomotor e aprendizagem. Âncora Editora, Lisboa.
- Fonseca, V. (2007). Dificuldades de aprendizagem: na busca de alguns axiomas. *Revista Psicopedagogia*, 24(74), 135-148.
- Fonseca, V. (2009). Dislexia, cognição e aprendizagem: uma abordagem neuropsicológica das dificuldades de aprendizagem da leitura. *Revista Psicopedagogia*, 26(81), 339-356.
- Fonseca, V. (2010a). *Manual de observação psicomotora: Significação psiconeurológica dos factores psicomotores*. Âncora Editora.
- Fonseca, V. (2010b). Psicomotricidade: uma visão pessoal. *Construção psicopedagógica*, 18(17), 42-52.
- Lima, R., Azoni, C. e Ciasca, S. (2013). Atenção e Funções Executivas em Crianças com Dislexia do Desenvolvimento. *Psicologia em Pesquisa*, 7(2), 208-219. Recuperado de doi: 10.5327/Z1982-1247201300020009
- Machado, F., e Tavares, H. (2010). Psicomotricidade: da prática funcional à vivenciada. *Em Extensão*, 9(1), 33-45.
- Nascimento, C., e Ferreira, J. (2014). Etiologia: Porque se tem PHDA. In (Mergulhão e Dimas) Hiperatividade e défice de atenção: As respostas que pais e professores procuram (pp.26-29). Lisboa: Verso da Kapa.
- Neto, A. (2014). Introdução. In Mergulhão e Dimas (Eds), *Hiperatividade e défice de atenção: As respostas que pais e professores procuram* (pp.13-15). Lisboa: Verso da kapa.
- NJCLD (2006). Learning Disabilities and Young Children: Identification and Intervention;
- NJCLD. (2016). Definition of Learning Disabilities. Retirado de [http://www.idonline.org/pdfs/njclld/NJCLDDefinitionofLD\\_2016.pdf](http://www.idonline.org/pdfs/njclld/NJCLDDefinitionofLD_2016.pdf)
- Oliveira, L., Pereira, M., Medeiros, M., e Serrano, A. (2015). PHDA: O que Há de Novo no DSM-5. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 49(2), 75-94.
- Pallarés, J. (2002). Problemas asociados a la dislexia. *Revista de Neurología*, 34(1), 7-13.
- Ramalho, J. (2010). Percurso desenvolvimental dos portadores da perturbação de hiperatividade com déficit de atenção. *Rev. bras. educ. espec*, 16(2), 313-322.

Regulamento de Estágio Unidade Curricular de Atividade de Aprofundamento de Competências Profissionais. [RECP]. (2015). Faculdade de Motricidade Humana – Universidade de Lisboa. Documento não publicado.

Rodrigues, A., e Antunes, N. (2014). Mais forte do que eu. Lisboa: Leya.

Rodrigues, S., e Ciasca, S. (2016). Dislexia na escola: identificação e possibilidades de intervenção. *Revista Psicopedagogia*, 33(100), 86-97.

Rosa, F., e Rodrigues, A. (2014). Estudo sobre a perturbação de hiperatividade e défice de atenção, síndrome de asperger e dislexia em idade escolar. In P. Morato e A. Rodrigues (Eds.), *Avaliação da proeficiência motora nas perturbações do desenvolvimento* (pp. 65-91). Cruz Quebrada: Faculdade de Motricidade Humana.

Rossi, F. (2012). Considerações sobre a psicomotricidade na educação infantil. *Revista Vozes dos Vales da UFVJM: Publicações Acadêmicas–MG–Brasil–Nº*.

Shaywitz, S. (2008). *Overcoming Dyslexia: A new and complete science-based program for Reading problems at any level*. Retirado de <https://books.google.com/books?isbn=0307558894>

Silva, C., e Capellini, S. (2013). Desempenho de escolares com e sem transtorno de aprendizagem em leitura, escrita, consciência fonológica, velocidade de processamento e memória de trabalho fonológica. *Revista Psicopedagogia*, 30(91), 3-11.

Silva, C., e Santos, P. (2014). Intervenção no comportamento: Psicomotricidade. In (Mergulhão e Dimas) *Hiperatividade e défice de atenção: As respostas que pais e professores procuram* (pp.104-111). Lisboa: Verso da Kapa.

Smith, C., e Strick, L. (2012). *Dificuldades de Aprendizagem de A a Z: Guia Completo para Educadores e Pais*. Porto Alegre: Penso Editora.

Teles, P. (2004). Dislexia: como identificar? Como intervir?. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 20(6), 713-30.

Thompson, R. (2003). Refletindo Sobre a Educação Inclusiva no Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade. *Revista Sinpro*, Dificuldades de Aprendizagem, 78-87. Retirado de <http://www.sinpro-rio.org.br/download/revista/revistadificuldades.pdf>

Vellutino, F., Fletcher, J., Snowling, M., e Scanlon, D. (2004). Specific reading disability (dyslexia): what have we learned in the past four decades?. *Journal of child psychology and psychiatry*, 45(1), 2-40.

Vidarte, J., Ezquerro, M., e Giráldez, M. (2009). Perfil psicomotor de niños de 5 a 12 años diagnosticados clínicamente de trastorno por déficit de atención/hiperactividad en Colombia. *Rev neurol*, 49(2), 69-75.

Zamora, M., López, G. e Gómez, L. (2009). Comorbilidad del trastorno por déficit de atención e hiperactividad con los trastornos específicos del aprendizaje. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38(1), 178-194.

# **Anexos**

## **Anexo A – Pano de Sessão Caso 2**

Plano sessão Nº. 9				Duração: 45 min
Nome: Caso 2				Início: 17h45
Objetivos Gerais: Trabalhar a atenção; autonomia pessoal e social; estruturação espaço-temporal; equilíbrio				Data: 21/04/2016
Tempo	Atividade	Objetivos específicos	CrITÉrios de Êxito (A criança deve ser capaz de...)	Material
5'	<b>Diálogo inicial</b> A técnica conversa com a criança sobre o seu dia, o seu bem-estar, o que fez, etc. Relembrar e ler as regras de sessão, bem como da tabela do comportamento a preencher no final.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Promover a tomada de consciência das atitudes dentro da sessão, desenvolvendo a capacidade de participação correta na mesma.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prestar atenção às regras da sessão.</li> </ul>	
5'	<b>“Vamos rever o calendário”</b> A técnica mostra à criança o calendário, onde esta terá de colocar o dia, o mês, o ano, o dia da semana e as horas de início de sessão, bem como as estações do ano. A técnica faz referência ainda à morada, país, distrito, cidade a criança reside.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Trabalhar a organização temporal;</li> <li>Trabalhar a capacidade de organização e planificação no tempo;</li> <li>Trabalhar a orientação espacial.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identificar e reconhecer a data da sessão, o dia da semana, a estação do ano;</li> <li>Saber ver as horas no relógio analógico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Calendário;</li> <li>Relógio analógico.</li> </ul>
5'	<b>O ritmo do corpo</b> A técnica e a criança realizam uma coreografia (“mão na cabecinha”). Ao longo da mesma, a técnica acrescenta diversos movimentos que deverão ser realizados em simultâneo com a coreografia inicial (andar rápido; andar em pontas dos pés; andar sobre os calcanhares; e andar fletindo as pernas).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Desenvolver a capacidade de planear, executar e manter a ação motora;</li> <li>Estimular a capacidade de atenção seletiva;</li> <li>Estimular a noção de ritmo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prestar atenção à instrução;</li> <li>Realizar a coreografia;</li> <li>Perceber as variações de ritmo;</li> <li>Realizar os movimentos acrescentados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Computador;</li> <li>Música.</li> </ul>
	<b>O ritmo dos números</b> A técnica inicia a contagem, ao mesmo tempo que faz som com um garrafão. A cada número corresponde um som. A criança tem de ouvir com atenção, de modo a perceber até que número a técnica conta (máximo até 10).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estimular a capacidade de atenção seletiva;</li> <li>Desenvolver a capacidade de ajustar a atividade ao espaço solicitado;</li> <li>Trabalhar o sentido de número;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prestar atenção aos batimentos do garrafão;</li> <li>Identificar o número de batimentos realizado pela técnica;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Garrafão;</li> <li>Legos;</li> <li>Arcos.</li> </ul>

15'	<p>De seguida, tem de se dirigir aos legos, que se encontram ao seu lado, onde existe uma torre já construída com 5 legos. Ao lado da mesma, deve construir uma torre com o número de batimentos realizados pela técnica. Posteriormente, após perceber se a quantidade de legos selecionada é maior ou menor que 10, a criança tem de se dirigir ao arco correspondente (&lt;5; &gt;5) e realizar o movimento associado (avião ou pé coxinho) e permanecer nessa posição durante os segundos correspondentes ao número de legos selecionado inicialmente (ex: 5 legos – 5 segundos).</p> <p><b>NOTA:</b> Numa fase avançada da atividade, a técnica realiza uma variante do exercício, retirando a etapa dos legos, sendo que a criança tem de associar automaticamente se o número de batimentos do garrafão é maior ou menor que dez.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimular o equilíbrio estático em apoio unipedal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Construir a torre de legos com o número correspondente aos batimentos;</li> <li>• Perceber quando o número de legos selecionado é maior ou menor que 5;</li> <li>• Memorizar qual o arco correspondente ao menor e ao maior que 5;</li> <li>• Realizar o avião/pé coxinho;</li> <li>• Manter-se em equilíbrio estático (avião/pé coquinho) durante os segundos correspondentes ao número de batimentos selecionado.</li> </ul>	
5'	<p><b>Relaxação – “A Poção Mágica”</b></p> <p>Em decúbito dorsal, a criança imagina-se a beber uma poção mágica que vai pô-la mais calma.</p> <p>Para realizar este exercício a técnica lê um texto alusivo ao tema da poção mágica. O texto contém a descrição de diversas partes anatómicas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimular a autoconsciência corporal;</li> <li>• Desenvolver a capacidade de atenção sustentada;</li> <li>• Estimular a capacidade de exteriorização da criatividade;</li> <li>• Estimular a imaginação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deitar-se de forma confortável;</li> <li>• Manter-se de olhos fechados;</li> <li>• Ouvir a história e compreendê-la;</li> <li>• Imaginar e sentir a poção a passar pelos diferentes segmentos corporais;</li> <li>• Explicar o que sentiu e imaginou.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colchão.</li> </ul>
5'	<p><b>Diálogo final</b></p> <p>Questionar a criança sobre que atividades foram realizadas na sessão. Obter um feedback por parte da criança acerca da sessão; saber qual a atividade que gostou mais e a que gostou menos, etc.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimular a memória a curto prazo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recordar que atividades foram realizadas e em que ordem;</li> <li>• Dar uma opinião coerente e completa.</li> </ul>	



## Anexo B – Plano de Sessão da C (Estudo de Caso)

## Plano sessão Nº 16

**Duração:** 45 min

**Início:** 17h45

**Data:** 17/04/2016

**Nome:** C

**Objetivos gerais:** Trabalhar a Autonomia Pessoal e Social; Atenção; Planificação; Motricidade Global e Equilibração.

Tempo	Atividade	Objetivos Específicos	Critérios de Êxito (A criança deve ser capaz de...)	Material
5'	<b>Diálogo inicial</b> A técnica conversa com a criança sobre o seu dia.			
15'	<p><b>As compras trocadas</b> A técnica conta a história de três meninos que foram às compras. No entanto, na volta para casa os sacos caíram e as compras misturaram-se. Assim, a criança terá de separar as compras dos três meninos. Cada objeto comprado corresponde a um saco (azul, vermelho ou amarelo), de acordo com os fonemas finais.* A criança terá de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pegar num objeto;</li> <li>• Saltar por cima das estacas;</li> <li>• Pegar a bola que se encontra no chão;</li> <li>• Lançar a bola, de modo a acertar no saco correspondente ao objeto;</li> <li>• Deslocar-se até ao saco ao pé-coxinho e colocar o objeto dentro do saco.</li> </ul> <p><b>NOTA:*</b>(Ao saco azul correspondem as compras cujo nome termina em <b>ão</b>; Ao saco vermelho correspondem as compras cujo nome termina em <b>eira</b>; Ao saco amarelo correspondem as compras cujo nome termina em <b>ato</b>).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimular a capacidade de atenção seletiva;</li> <li>• Potenciar o equilíbrio dinâmico;</li> <li>• Promover a coordenação óculo-manual;</li> <li>• Desenvolver a capacidade de antecipar, planejar e executar a ação;</li> <li>• Estimular a motivação;</li> <li>• Desenvolver a capacidade de tolerância à frustração.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prestar atenção à instrução;</li> <li>• Manter-se motivada;</li> <li>• Saltar por cima das estacas;</li> <li>• Manter o equilíbrio nos saltos unipedais;</li> <li>• Acertar com a bola no saco correspondente ao objeto;</li> <li>• Identificar a que saco corresponde cada objeto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cartões com imagens (compras);</li> <li>• Estacas;</li> <li>• Cones;</li> <li>• Bola;</li> <li>• Sacos.</li> </ul>

	A atividade termina quando todas as compras estiverem separadas.			
5'	<b>Jogo de Futebol de Dois minutos</b> Durante dois minutos a técnica joga futebol com a criança. Coloca o cronómetro e assim que terminar o tempo o jogo acaba.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimular a motivação para a sessão;</li> <li>• Estimular a empatia, a cumplicidade e o interesse mútuo na relação terapêutica;</li> <li>• Reforçar a prestação na atividade anterior.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Respeitar o tempo do jogo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cones;</li> <li>• Bola.</li> </ul>
15'	<b>O passeio “às escuras”</b> A técnica explica à criança que terá de fechar os olhos e realizar um percurso previamente estabelecido de acordo com as instruções verbais. Assim sendo, após a técnica informar a criança sobre o código de comunicação, a criança com os olhos vendados realiza o percurso (que contem obstáculos para passar por cima, baixo, etc) de acordo com as indicações da técnica: - Um som no garrafão: passar por cima; - Assobiar 1 vez: paragem; - Dois sons no garrafão: recuar; - Emissão do som “A”: ir à esquerda; - Emissão do som “O”: ir à direita. A atividade termina assim que o percurso for realizado duas vezes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimular a motivação e a relação terapêutica;</li> <li>• Potencializar o equilíbrio dinâmico;</li> <li>• Promover a capacidade de utilização de estratégias de resolução de problemas;</li> <li>• Desenvolver a capacidade de antecipar, planejar, executar e manter a ação;</li> <li>• Aprimorar a capacidade de atenção seletiva e concentração.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estar confortável com a venda;</li> <li>• Confiar na técnica para dar as orientações;</li> <li>• Memorizar o código de comunicação;</li> <li>• Manter o controlo dos movimentos corporais durante o percurso;</li> <li>• Realizar o percurso de acordo com o código de comunicação estabelecido.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cones;</li> <li>• Estacas;</li> <li>• Venda;</li> <li>• Garrafão.</li> </ul>
5'	<b>Diálogo final</b> Obter um feedback por parte da criança acerca do grau de dificuldade da sessão e do prazer de realizar as atividades propostas. Recordar as atividades desenvolvidas ao longo da sessão. Deixar uns minutos para a criança escolher uma atividade, como forma de recompensa.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar uma reflexão acerca da sessão;</li> <li>• Estimular a motivação;</li> <li>• Estimular a empatia, a cumplicidade e o interesse na relação terapêutica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recordar as atividades desenvolvidas na sessão;</li> <li>• Dar a sua opinião;</li> <li>• Percecionar as suas reais dificuldades.</li> </ul>	

## Anexo C – Plano de Sessão do Caso 6

Plano sessão Nº 12				Duração: 45 min
Nome: J				Início: 13h30
				Data: 07/04/2016
Objetivos gerais: Trabalhar a Atenção, Autonomia pessoal e social, Planificação; Motricidade Global; Organização Temporal.				
Tempo	Atividade	Objetivos Específicos	Critérios de Êxito (A criança deve ser capaz de...)	Material
2'	<b>Diálogo inicial</b> A técnica conversa com a criança sobre o seu dia.			
3'	<b>“Vamos rever o calendário”</b> A técnica mostra à criança o calendário, onde a criança terá de colocar o dia, o mês, o ano, o dia da semana presente e as horas de início de sessão, bem como as estações do ano.	<ul style="list-style-type: none"><li>Trabalhar a organização temporal;</li><li>Desenvolver a capacidade de se situar no tempo (horas em relógio analógico, meses e dias do ano, estações do ano, ...);</li><li>Estimular a autoconfiança.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Identificar e reconhecer a data da sessão, o dia da semana, a estação do ano;</li><li>Saber ver as horas no relógio analógico.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Calendário;</li><li>Relógio analógico.</li></ul>
15'	<b>Boccia</b> Inicialmente a técnica mostra o relógio construído com a criança anteriormente e, apontam as horas do início da atividade, realizando o mesmo procedimento no fim da mesma. Posteriormente, a técnica e a criança jogam Boccia. O jogo consiste na distribuição de três bolas por cada elemento (técnica e criança) e uma bola preta para iniciar a partida. O jogador que lançar a bola preta será o primeiro a jogar. O objetivo do jogo é lançar as bolas o mais próximo possível da bola preta. A atividade termina quando um dos jogadores fizer dez pontos.	<ul style="list-style-type: none"><li>Promover a capacidade de organização temporal;</li><li>Estimular a capacidade de atenção sustentada;</li><li>Promover a capacidade de antecipação e planeamento da ação motora;</li><li>Promover a coordenação óculo-manual.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Compreender a instrução dada;</li><li>Avaliar a distância, direção e a força de lançamento de cada bola, tendo como ponto de referência a bola preta;</li><li>Contar os pontos no final de cada partida;</li><li>Manter-se atento e concentrado no objetivo.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Relógio analógico;</li><li>7 Bolas (1 bola preta, três bolas azuis, três bolas vermelhas).</li></ul>

20'	<p><b>A travessia dos cálculos e das letras</b></p> <p>Inicialmente a técnica mostra o relógio construído com a criança anteriormente e, apontam as horas do início da atividade, realizando o mesmo procedimento no fim da mesma.</p> <p>Em frente à criança está uma trave (3metros). A criança terá de passar por cima da trave e, à indicação da técnica terá de se baixar para apanhar as letras/números (dependendo da instrução) que se encontram em cima da trave. Quando terminar, a criança dirige-se para o quadro, onde terá de pensar numa palavra que contenha todas as letras que apanhou na caminho. No caso dos números, a criança terá de realizar cálculos propostos (realizados com base nos números apanhados).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover a capacidade de atenção seletiva;</li> <li>• Promover a capacidade de atenção sustentada;</li> <li>• Promover a capacidade de antecipação e planeamento da ação motora;</li> <li>• Estimular a capacidade de se organizar no tempo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar as horas do início e término da atividade;</li> <li>• Atravessar a trave sem se desequilibrar;</li> <li>• Apanhar as letras/números de acordo com a instrução da técnica;</li> <li>• Reconhecer as letras/números apanhados;</li> <li>• Pensar e escrever uma palavra com as letras selecionadas;</li> <li>• Resolver os cálculos propostos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trave;</li> <li>• Letras;</li> <li>• Números;</li> <li>• Quadro;</li> <li>• Relógio analógico.</li> </ul>
5'	<p><b>Diálogo final</b></p> <p>Obter um feedback por parte da criança acerca do grau de dificuldade da sessão, do prazer de realizar as atividades propostas e proceder à autoavaliação do comportamento por parte da criança, através das caras verde, laranja e vermelho; saber qual a atividade que gostou mais e a que gostou menos, etc.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aprimorar a autoconfiança;</li> <li>• Realizar a reflexão da sessão.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ter perceção das suas dificuldades reais;</li> <li>• Recordar o que foi realizado na sessão,</li> <li>• Dar uma opinião coerente.</li> </ul>	

## Anexo D – Plano de Sessão Conjunta com os Casos 7 e 9

Plano sessão Nº 8				Duração: 45 min Início: 15h00 Data: 16/03/2016
Nome: T + P				
Objetivos gerais: Trabalhar a Atenção, Planificação e Processamento Sucessivo; Autonomia Pessoal e Social.				
Tempo	Atividade	Objetivos Específicos	Critérios de Êxito (Os jovens devem ser capazes de...)	Material
5'	<b>Diálogo inicial</b> A técnica conversa com o jovem sobre o seu dia.			
35'	<b>Caça aos ovos da Páscoa</b> Inicialmente, a técnica mostra uma folha com coelhos da páscoa que os jovens terão de encontrar. De seguida, os jovens terão de cooperar um com o outro de forma a resolver os 12 enigmas que levam à localização de cada coelho da páscoa. A cada coelho será atribuída uma letra, que deve ser anotada na folha de registo fornecida pela técnica. No final, os jovens terão de ter encontrado 12 coelhos e, assim 12 letras, que formam a palavra-chave que leva à localização dos ovos de chocolate.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Estimular a capacidade de atenção seletiva;</li><li>• Promover a capacidade de seleção de uma estratégia de resolução de problemas;</li><li>• Promover a capacidade de antecipar, planejar, executar e manter uma ação motora.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Compreender a atividade a ser realizada;</li><li>• Cooperar entre si chegando a acordo quanto à resolução de cada enigma;</li><li>• Resolver todos os enigmas;</li><li>• Encontrar os coelhos;</li><li>• Apontar as letras no espaço correspondente da folha de registo;</li><li>• Formar a palavra-chave;</li><li>• Encontrar os ovos de chocolate.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Coelhos da páscoa impressos;</li><li>• Folha de registo;</li><li>• Lápis;</li><li>• Cartões com enigmas;</li><li>• Ovos de chocolate.</li></ul>
5'	<b>Diálogo final</b> Obter um feedback por parte dos jovens acerca do grau de dificuldade da sessão e do prazer de realizar as atividades propostas. Recordar as atividades propostas e realizadas ao longo da sessão.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Realizar uma reflexão acerca da sessão;</li><li>• Estimular a memória a curto prazo;</li><li>• Desenvolver o espírito de crítica.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Se lembrar das atividades realizadas e da ordem das mesmas;</li><li>• Ter a perceção das suas reais dificuldades.</li></ul>	



## Anexo E – Exemplos de Atividades Realizadas

## Atividade do dia do Pai

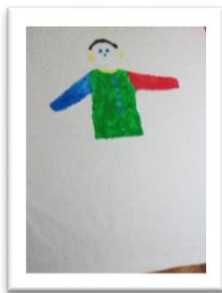


## Circuitos Psicomotores



## Calendário





Desenho do próprio corpo no papel de cenário



Atividades com plasticina



Bingo dos Números

#### Atividades no quadro branco magnético



#### Relógio

